

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO

**ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES MATERNAS
ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS DO BEBÉ NO
PRIMEIRO E TERCEIRO MÊS DE VIDA PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e
Educação da Criança – Intervenção Precoce, sob orientação do
Professor Doutor Pedro Lopes dos Santos.

GI SELA MARISA CASTRO DA SILVA MAIA GOMES

2004

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO

**ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES MATERNAS
ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS DO BEBÉ NO
PRIMEIRO E TERCEIRO MÊS DE VIDA PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e
Educação da Criança – Intervenção Precoce, sob orientação do
Professor Doutor Pedro Lopes dos Santos.

GISELA MARISA CASTRO DA SILVA MAIA GOMES

2004

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Pedro Lopes dos Santos pela forma empenhada e solidária como me acompanhou ao longo da elaboração deste trabalho.

À Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira, em nome do Exmo. Director Regional de Saúde Pública, Dr. Carlos Perdigão pela sua prontidão com que autorizou a recolha de dados, sem a qual este trabalho não seria possível.

À Dr.^a Maria Neves Rodrigues, Directora do Centro de Saúde do Bom Jesus do Funchal, pela sua disponibilidade e colaboração para que a realização das entrevistas às mães fosse possível, bem como a toda a equipa de Enfermeiras e auxiliares de acção médica cuja simpatia e colaboração me ajudou por vezes em momentos penosos.

Agradeço especialmente às “minhas” mães e seus bebés pela forma tão simpática, generosa e gratificante com que prontamente aceitaram participar neste estudo.

Agradeço também à minha cunhada Luísa pela sua ajuda e colaboração na recolha dos dados.

Ao Rui Poínhos pela sua disponibilidade e apoio prestado no tratamento estatístico dos dados.

Aos meus pais,
à minha irmã Aline,
e ao meu marido,

agradeço toda a ajuda, apoio, disponibilidade, conselhos, encorajamento, optimismo e paciência, sem o qual não teria sido possível chegar ao fim.

A ti, Beatriz por seres parte de mim dedico-te este trabalho.

Resumo

Actualmente, são ainda em número reduzido e muito recentes os trabalhos que abordam o estudo dos processos cognitivos e emocionais da mãe e a interacção que ela estabelece com o seu bebé.

Sabendo-se hoje o papel que as primeiras experiências desempenham no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional do bebé e numa altura em que se assiste ao despertar da importância atribuída às dimensões cognitivas, representacionais e emocionais dos pais e de pesquisas orientadas para o estudo da variabilidade humana, é importante perceber e compreender as representações, as percepções, os sentimentos e as emoções que para além de importantes afectam toda a relação entre a mãe e o bebé.

Importa assim, salientar o papel das mães, que não é algo estático pois à medida que a família se desenvolve, não só as relações se alteram, como as suas funções se modificam, tratando-se de um processo que exige uma constante adaptação. O desempenho eficaz do papel de maternidade depende da exigência desse mesmo papel, do stress sentido pelas mães, da ajuda e apoio provenientes de outras estruturas.

O objectivo deste estudo, de natureza exploratória, consiste em demonstrar a importância das percepções e concepções das mães sobre o desenvolvimento dos seus filhos, da influência dos seus sentimentos, atitudes e expectativas e sobre a interacção que se vai estabelecendo entre ambos.

Desta forma, pretendemos contribuir para a valorização das representações maternas de um grupo de mães com bebés com um e três meses de idade, demonstrando a influência do seu mundo subjectivo que se baseia na sua história

passada, nas suas vivências, nos seus valores, mas também das suas percepções sentimentos e atitudes.

Destaca-se também a importância de conceptualizar as representações maternas como um processo transaccional do qual depende não só as características da mãe, mas também as características particulares do bebé, as condições ambientais, as transacções que ocorrem entre mãe e filho e ainda, o apoio prestado pelas estruturas sociais envolventes.

Abstract

Nowadays, there is still a reduced and very recent number of works relating to the study of cognitive and emotional processes of the mother and the inter-action she establishes with her baby.

As we are aware today, the role that the first experiences perform on the physical, cognitive and emotional development of the baby and by the time we witness to the arousing of the importance given to parents' cognitive, representative, and emotional dimensions of the parents and the researches into the study of human variability, it is important to perceive and understand the representations, perceptions, feelings and emotions which are not only important, but also affects all the relation between mother and baby.

Therefore, it is important to emphasize the role of the mother, which is not static, once, as the family develops, not only the relations are changed, but also their functions are modified, being a process which demands constant adaptation. The efficient performance on the maternity role depends on the demands of that same role, the stress felt by the mothers and the help and support of other social structures.

The aim of this study, of exploring nature, consists on showing the importance of mother's perception and understanding on the development of their children, the influence of their feelings, attitudes and expectations and about the inter-action which is being established between both of them.

Under this circumstances, we intend help on the valorisation of maternal representations within a group of mothers of one and three months aged babies, showing the influence of their subjective world, which is based on their own past,

their experience of life, their values, as well as, their perceptions, feelings and attitudes.

Finally we should point out the importance of conceptualizing maternal representations as a transactional process, on which depends not only the mother's features but also the personal baby's features, the environment conditions, the mutual transactions between mother and child and also the support of the involved social structures.

Résumé

Actuellement, les investigations qui abordent l'étude des processus cognitifs et émotionnelles de la mère ainsi que l'interaction/l'échange qu'elle réalise avec son bébé sont très réduits et récentes.

On connaît aujourd'hui le rôle que les premières expériences ont sur le développement physique, cognitif et émotionnel du bébé et, comme on assiste au réveil de l'importance qui est attribuée aux domaines cognitifs, représentationnelles et émotionnelles des parents et des recherches orientées vers l'étude de la variabilité humaine, il est de toute importance comprendre les représentations, les perceptions, les sentiments et les émotions qui sont pertinentes et qui affectent toute la relation mère - bébé.

On doit remarquer que le rôle des mères n'est pas statique, vue que, au fur et à mesure que la famille se croît, les relations s'altèrent et ses fonctions se modifient dans un processus qui exige une adaptation constante. La performance efficace du rôle de la maternité dépend de l'exigence de ce même rôle, du stress senti par les mères, de l'aide et de l'appui parvenu d'autres structures sociales.

De cette étude alors, on prétend démontrer l'importance des perceptions et conceptions des mères concernant le développement de leurs enfants, l'influence de leurs sentiments, leurs attitudes et les spectatives, ainsi que l'interaction qui s'établit entre eux.

De cette façon, on a l'intention de contribuer pour la valorisation des représentations maternelles d'un groupe de mères ayant des bébés âgés d'un à trois mois et démontrer l'influence de leur monde subjectif qui à sa ressource sur leur histoire passée, sur leur modes de vie, sur leurs valeurs, et aussi sur leurs perceptions, sentiments et attitudes.

Pour conclure, il faut donc conceptualiser les représentations maternelles comme un processus transactionnel dont dépendent les caractéristiques de la mère et aussi celles du bébé, les conditions ambiantales, les échanges entre la mère et l'enfant, et bien sûr, l'appui donné par les structures sociales.

ÍNDICE

Introdução	3
I PARTE - Enquadramento Teórico	6
CAPÍTULO 1 - Intervenção Precoce – Dos Princípios às Práticas	7
1.1. Definição do Conceito de Intervenção Precoce.....	8
1.2. Evolução Histórica do Conceito de Intervenção Precoce	9
1.3. Perspectivas Subjacentes à Intervenção Precoce.....	12
2 - A Importância das Primeiras Relações	14
3 - Quadro Conceptual de Teorias e Modelos Subjacentes às Práticas de Intervenção Precoce	15
3.1. Abordagem Sistémica na Intervenção Precoce.....	15
3.2. Abordagem Transaccional na Intervenção Precoce	16
3.3. Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento e Educação	17
4 - Práticas de Ajuda e Corresponsabilização em Intervenção Precoce.....	19
5 - Fontes de Apoio e Recursos: Conceito de Suporte Social.....	21
6 - O Sistema da Família e sua Estrutura	22
7 - Do Modelo Transaccional à Intervenção Precoce.....	26
7.1. O modelo de regulação do desenvolvimento - o Mesótipo	27
7.1.1. Código cultural	28
7.1.2. Código familiar	28
7.1.3. Código individual dos Pais	31
7.2. Regulações Desenvolvimentais.....	32
7.2.1. Macroregulações.....	33
7.2.2. Miniregulações	34
7.2.3. Microregulações.....	35
7.3. Estratégias de Intervenção Precoce	36
7.3.1. Remediação	39
7.3.2. Redefinição	40
7.3.3. Reeducação	43
Capítulo 2 - Representações, Percepções e Atitudes Maternas	45
II PARTE - Planificação e Organização Empírica do Estudo	57
Capítulo 3 – Procedimentos metodológicos	58
3.1. Introdução.....	59
3.2. Método.....	60
3.2.1. Participantes	60
3.2.2. Instrumentos	61
3.2.3. Procedimentos	69
Capítulo 4 - Estudo das Propriedades Métricas de alguns Instrumentos usados no âmbito do Estudo	71

Capítulo 5 – Estudo das Relações entre as Variáveis Analisadas.....	93
5.1. Discussão	111
Considerações Finais	117
Referências Bibliográficas	121
Anexos	145

Anexo 1 - Roteiro da Entrevista Utilizada no 1º Mês

Anexo 2 - Escala de Classificação Social de M. Graffar
(Adaptado por Victor da Fonseca, 2000)

Anexo 3 - Inventário de Percepção Neonatal
(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Anexo 4 - Inventário do Grau de Incômodo
(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Anexo 5 - Escala Mother-Father-Peer (MFP)
(Adaptado por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995)

Anexo 6 - Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos
(Adaptado de Codrenou, 1984)

Anexo 7 - Escala das Funções de Apoio
(Adaptado de C. J. Dunst, C. M. Trivette e A. G. Deal, 1988)

Introdução

Um dos grandes desafios que, desde sempre, se vem colocando aos profissionais que lidam com as famílias –pais e filhos– reside em encontrar os procedimentos mais adequados para analisar e avaliar o comportamento da criança. No entanto, ao longo das últimas décadas, assistiu-se ao despertar de um interesse particular pelo estudo dos aspectos que influenciam o exercício da função parental. Tal interesse veio na esteira da enorme acumulação de dados que mostram a importância dos fenómenos da interacção mãe-filho na elaboração da competência da criança.

O trabalho que, ora, introduzimos aceita o princípio de que a chamada *díade mãe-bebé* deverá ser encarada como unidade relativamente à qual é, de certa forma, problemático isolar as partes. Do nosso ponto de vista, durante as primeiras fases do desenvolvimento não se afigura lógico pensarmos o indivíduo enquanto ente singular. Conforme Winnicott (1987) faz notar, a partir do momento em que nos dispomos a descrever um bebé, chegamos rapidamente à conclusão de que estamos a falar necessariamente de uma criança e de mais alguém. De facto, os indivíduos não conseguem ser isolados dos contextos sociais com que permanentemente se relacionam. No âmbito do sistema de interacção bebé-mãe, as transacções que ambos mantêm entre si são marcadas pelo selo da reciprocidade num registo de intersubjectividade onde a comunicação se organiza em torno das “ideias” ou representações que cada um vai construindo acerca do outro (Montagner, 1993).

Não obstante, o presente estudo optou por realçar apenas o lado materno da relação. Efectivamente, o objecto da nossa investigação focaliza-se no mundo representacional das mães, procurando apreender aspectos relevantes das suas crenças, percepções, atitudes e sentimentos acerca dos filhos durante o primeiro trimestre após o parto. Quando fizemos esta escolha guiou-nos a verificação de que os estudos sobre o que os pais pensam e sentem relativamente aos filhos são escassos. A maior parte das abordagens está centrada na observação e análise dos comportamentos, esquecendo, muitas vezes, que estes são organizados a partir de sistemas de representação sujeitos a processos de determinação variados. Outro motivo de tal opção prendeu-se com preocupações sentidas ao longo da experiência de trabalho enquanto educadora de infância. Procurando orientar muita da nossa actividade profissional pelos princípios do modelo de intervenção centrada na família, pudemos constatar que a eficácia das actuações dependia em grande parte

do modo como éramos capazes de entender os quadros de significação dos pais e de operar em clara consonância com eles. Este dado de captação pessoal suscitou, desde há muito, o interesse por estudar as dimensões experienciais relacionadas com o exercício da função materna. Sempre foi nossa convicção que trabalhar sobre essa dimensão –o chamado nível da *redefinição* segundo Sameroff e Fiese (2000)– representa uma das facetas cruciais a contemplar pelas práticas no domínio da intervenção precoce.

Pese embora a circunstância de o enfoque aqui seguido se enquadrar, essencialmente, numa perspectiva de investigação fundamental, julgamos que as pragmáticas interventivas não poderão desenvolver-se alheadas deste género de abordagens. Conforme Odom e Wolery (2003) referem, “*The emphasis on grounding practice in supportive theoretical evidence is a critical direction for the future of early intervention*” (p. 170).

A presente dissertação está estruturalmente dividida em duas partes. A *primeira parte* integra dois *Capítulos* e constitui o nosso enquadramento teórico da problemática das representações maternas.

O *Capítulo 1* tem como principal finalidade abordar o conceito, a evolução e perspectivas da Intervenção Precoce, bem como, as práticas de ajuda, de corresponsabilização e fontes de apoio. Descrevemos o modelo de regulação do desenvolvimento – o Mesótipo – com a finalidade de justificar a aproximação que fazemos ao estudo das representações e, simultaneamente, enquadrá-la no contexto dos modelos teóricos e historicamente dominantes.

O *Capítulo 2*, analisa as representações maternas, suas influências e efeitos na díade mãe-bebé.

A *segunda parte* constitui a nossa investigação empírica apresentada em três *Capítulos*. No *Capítulo 3* relatam-se os objectivos do estudo e o método. Os estudos de fiabilidade e validade de algumas das escalas utilizadas são apresentados no *Capítulo 4*.

No *Capítulo 5* apresentamos o estudo das relações entre as variáveis, procedendo à discussão das mesmas, confrontando os resultados encontrados com os resultados de outras investigações.

I PARTE - Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 - Intervenção Precoce – Dos Princípios às Práticas

1.1. Definição do Conceito de Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce mais que um conceito consiste numa prática em constante mudança. Actualmente, não faz qualquer sentido intervir apenas nos problemas específicos da criança, ignorando a família ou reconhecendo-a, somente quando necessitamos de alguém que implemente actividades centradas nas suas necessidades individuais. A Intervenção Precoce não se reduz à implementação de um programa de estimulação precoce aplicado no domicílio, na creche ou numa instituição. A Intervenção Precoce consiste num trabalho de cariz transdisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, de educação, do serviço social e principalmente a família.

Para Dunst e Trivette (1989 cit. in Mahoney et al., 1990), a Intervenção Precoce deverá prestar um suporte à família de crianças com N.E.E. nos primeiros anos de vida, por membros de redes de suporte social informais e formais, que têm efeitos directos ou indirectos no funcionamento dos pais, da família e da criança.

O conceito de Intervenção Precoce é o produto de uma evolução histórica, científica e organizacional (Bairrão, 1994). Este conceito tem sido utilizado para descrever uma variedade de serviços prestados às crianças e suas famílias (Bailey & Wolery, 1992). A Intervenção Precoce define-se, assim, como um conjunto de serviços que funciona em parceria com as famílias, promovendo o seu bem-estar e o das suas crianças cujo desenvolvimento se encontra em risco, dada a combinação de factores biológicos e ambientais (Thurman, 1997).

Em Portugal, podemos encontrar no Despacho Conjunto do Ministério da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, nº 891, de 19 de Outubro de 1999, que regulamenta a Intervenção Precoce a seguinte definição: *“A Intervenção Precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social, com vista a:*

- a) Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;*
- b) Potenciar a melhoria das interacções familiares;*
- c) Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência” (Anexo Ponto 2).*

A Intervenção Precoce consiste na prestação de serviços multidisciplinares a crianças com deficiência ou em risco e às suas famílias. Tem como objectivo favorecer o desenvolvimento da criança, prevenindo problemas futuros, minimizando e remediando os já existentes, através de serviços educacionais e terapêuticos, bem como, apoiar e fortalecer as suas famílias.

A Intervenção Precoce assenta em dois princípios fundamentais: o primeiro, que diz respeito às necessidades da criança que só poderão ser avaliadas e entendidas se tivermos em conta toda a dinâmica e contexto familiar; o segundo, que tem a ver com o conjunto diversificado de profissionais que estas crianças exigem, dada a complexidade de problemas com que se confrontam (Shonkoff & Meisels 2000).

Presentemente, a Intervenção Precoce ocupa um lugar importante ao nível das políticas educativas, por se reconhecerem as suas vantagens, quer para a criança com deficiência ou em risco, quer para as suas famílias.

As actuais correntes psicológicas destacam a importância dos primeiros anos de vida da criança, como modeladores do desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional dos indivíduos. Neste sentido, a Intervenção Precoce assume uma clara vertente preventiva em relação à família, no apoio que lhe presta, com o objectivo de a capacitar a melhor lidar com os problemas das crianças nascidas em risco.

Embora se aceite que as práticas de Intervenção Precoce devam enfatizar a prestação de serviços quer à criança quer à família, este entendimento situa-se mais ao nível conceptual, do que prático, uma vez que em Portugal, o foco da intervenção continua predominantemente centrado na criança. Existe, assim, um desfazamento entre o que a lei determina e o que se faz na prática, principalmente no que respeita aos serviços de apoio à família.

1.2 Evolução Histórica do Conceito de Intervenção Precoce

O conceito de Intervenção Precoce tem vindo a sofrer ao longo do tempo uma grande evolução, decorrente de reflexões teórico-práticas e de factores sócio-económicos e políticos.

Para Shonkoff e Meisels (2000), a estrutura actual de Intervenção Precoce teve origem em quatro domínios distintos: (...) – early childhood education maternal and child health, special education, and child development research – (p. 15).

Nos fins do século XIX e início do século XX constata-se um crescente interesse e preocupação relativamente à criança, ao seu bem-estar e à sua educação. Surge legislação que prevê a obrigatoriedade do ensino e a proibição do trabalho infantil. Verifica-se também um aumento do trabalho feminino, surgindo os primeiros “Kindergarten”, as “Nursery Schools”, ao mesmo tempo que os primeiros Serviços de Saúde Materno-Infantis manifestam preocupações relacionadas com a intervenção junto de crianças carenciadas.

Surgem nos E.U.A. os primeiros programas de Intervenção Precoce que tinham como objectivo combater a pobreza, baseando-se no princípio de que uma intervenção neste período traria resultados a nível da prevenção e da remediação, tendo em conta a plasticidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Este tipo de intervenção torna-se conhecido através do programa Head-Start, cujos resultados foram avaliados durante toda a década de 70 (Pimentel, 1997).

Paralelamente, surge a preocupação com os direitos e necessidades dos indivíduos e das minorias, quer se trate dos direitos das mulheres, das minorias étnicas ou dos deficientes.

A preocupação na área da deficiência infantil surge nos E.U.A. em 1975 com a publicação da PL94-142 – Education of All Handicapped Children Act. Pela primeira vez, reconhece-se às crianças com alterações do desenvolvimento, o direito a uma educação pública e adequada num meio natural não restritivo. É exigida a elaboração de um Programa Individualizado de Ensino (PIE) e é realçado o papel dos pais como parceiros dos técnicos, não só a nível da elaboração do PIE como da intervenção.

Em 1986 surge a PL-99-457 que abrange a população dos 3 aos 5 anos com carácter de obrigatoriedade e recomendando à população dos 0 aos 3 anos com carácter opcional. Esta legislação tem também por objectivo evitar a dispersão da família por diferentes serviços, proporcionando um atendimento com carácter interdisciplinar para todas as crianças com N.E.E. e suas famílias, através da coordenação entre serviços. O papel da família é aqui realçado, principalmente em relação à população dos 0 aos 3 anos. A Intervenção Precoce é entendida como um serviço individualizado e centrado na família destacando-se a necessidade, da

elaboração de um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), caso a família o deseje.

Durante as décadas de 1970 e 1980, foram criados vários programas de Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco, salientando-se o Programa Portage para Pais (Shearer & Shearer, 1972) que surge em 1969. Este crescimento foi acompanhado por um grande número de pesquisas cujo objectivo consistia em avaliar a eficácia dos diferentes tipos de programas (Casto & Mastopieri, 1986). Para estes autores, a eficácia destes programas depende do seu início o mais precocemente possível. Para que os resultados se mantenham a longo prazo é importante a intensidade e a frequência da intervenção e que seja assegurada a continuidade do apoio.

Outro aspecto importante para o sucesso dos programas é o envolvimento dos pais. Bronfenbrenner (1974), numa revisão exaustiva dos resultados de diferentes programas, realça o papel da família, afirmando que o envolvimento directo dos pais é um factor indispensável para que os ganhos a nível da criança se mantenham no tempo.

Actualmente, o termo Intervenção Precoce não designa uma forma específica de intervenção, mas engloba um grande número de diferentes tipos de prestação de serviços que variam em função de factores, tais como, as necessidades da criança, as necessidades ou preferências da família, os recursos disponíveis ou o modelo teórico dos técnicos.

Bailey e Wolery (1992) consideram que, apesar desta diversidade, é importante que exista uma base consensual subjacente à filosofia dos programas, sugerindo sete objectivos de ordem geral que deverão estar sempre presentes na prestação de serviços de Intervenção Precoce:

- 1) Dar apoio às famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus objectivos;
- 2) Promover o envolvimento, a independência e a competência da criança;
- 3) Promover o seu desenvolvimento em domínios chave;
- 4) Promover e apoiar a competência social da criança;
- 5) Promover a generalização das suas capacidades;
- 6) Proporcionar à criança experiências de vida normalizantes;
- 7) Prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras.

Os diferentes conceitos de desenvolvimento infantil, do papel da família, dos profissionais, e do contexto irão reflectir-se nas práticas dos técnicos que

trabalham em Intervenção Precoce e no modo como estes objectivos vão ser operacionalizados.

Não é possível falar de Intervenção Precoce sem abordar também as várias perspectivas que a caracterizam (Bailey & Wolery, 1992). Faremos, assim, referência a três grandes perspectivas: a desenvolvimental, a comportamentalista e a ecológica-sistémica.

1.3. Perspectivas Subjacentes à Intervenção Precoce

O campo da Intervenção Precoce encontra-se sujeito à influência de perspectivas epistemológicas diferentes. O conceito acerca das crianças, suas famílias e profissionais vai determinar o foco e a direcção dos esforços da Intervenção Precoce. As perspectivas desenvolvimental, comportamentalista e ecológica oferecem diferentes visões da criança e, conseqüentemente, a adopção de qualquer um destes modelos irá definir o tipo de intervenção.

A Perspectiva Desenvolvimental

Esta perspectiva também associada aos trabalhos de Gesell, atribui o crescimento e o desenvolvimento da criança a factores maturacionais. As crianças nascem com capacidades físicas e cognitivas que, à medida que crescem e amadurecem, lhes vão permitindo um melhor desempenho. Da mesma forma, as estruturas cerebrais desenvolvem-se através do processo de mielinização, permitindo um funcionamento intelectual mais complexo e integrado (Anastasiow, 1990 cit. por Bailey & Wolery, 1992).

Com o seu modelo cognitivo, Piaget demonstrou que a maturação cognitiva permite à criança realizar e compreender conceitos cada vez mais complexos. Para Brokman, Morgan e Harmon (1988, cit. por Bailey & Wolery, 1992), as crianças nascem com a motivação intrínseca para explorar e controlar o seu meio ambiente. Para os defensores da perspectiva desenvolvimental, o desenvolvimento é a consequência da maturação. A competência é alcançada através do jogo, da exploração e da experiência.

Segundo esta perspectiva, o papel do educador consiste em proporcionar à criança um ambiente adequado, facilitador das actividades correspondentes ao seu nível de maturação. O enfoque da avaliação vai incidir sobre as aquisições próprias de determinado nível de desenvolvimento (Almeida, 1997).

A Perspectiva Comportamentalista

Esta perspectiva associada a Skinner centra-se na aprendizagem como essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança (Bijou & Baer, 1961; 1965; 1978 cit. por Bailey & Wolery, 1992). As crianças nascem com a capacidade para aprender e as competências que exibem, emergem como resultado das experiências com o meio ambiente. Antecedentes e consequentes servem para moldar o comportamento. A aprendizagem de certos padrões de resposta faz-se através de interacções rápidas e repetidas com o ambiente. Se entendermos o desenvolvimento numa perspectiva comportamentalista, em que o papel da aprendizagem é crucial no desenvolvimento e a capacidade de aprendizagem consiste no resultado das experiências em determinado contexto ambiental, então a Intervenção Precoce reveste-se de uma grande importância. Nesta perspectiva, o papel do educador consiste em organizar o contexto de aprendizagem, sequenciando as actividades de modo a facilitar à criança a aquisição de competências. Quanto à avaliação, esta terá como foco a identificação das capacidades de desenvolvimento, a nível funcional, que permitirão à criança ter êxito.

A Perspectiva Ecológica

Nesta perspectiva são integradas três abordagens relacionadas e complementares entre si: a transaccional, a da teoria geral dos sistemas e a ecológica.

No modelo transaccional (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 2000) dá-se ênfase à inter-relação da criança e dos sistemas nos quais ela se integra, atendendo às influências recíprocas entre pais/amas/técnicos e criança. Por exemplo, uma criança difícil de alimentar pode criar sentimentos de incompetência

nos pais. Estes sentimentos podem transpor-se para outras áreas, tais como brincar ou falar com a criança, originando um ambiente alterado.

Segundo esta perspectiva, os programas de intervenção devem atender à reciprocidade e continuidade das inter-relações.

A teoria dos sistemas inscreve-se também numa perspectiva ecológica, que encara a criança como fazendo parte do sistema mais vasto da família.

Bronfenbrenner (1989) encara as famílias como fazendo parte de uma rede mais alargada, a vizinhança, pertencendo ao sistema comunitário. Para este modelo, todos os sistemas, especialmente as famílias, integram valores que determinam o que é ou não desejável para a criança e a família. Uma intervenção segundo a perspectiva ecológica, só fará sentido se tiver em conta o quadro de valores e o ambiente eco-cultural de cada indivíduo. A avaliação numa perspectiva ecológica deverá incidir, não só sobre as capacidades da criança como deve, ainda, analisar as características do contexto e as necessidades, recursos e expectativas da família.

2 - A Importância das Primeiras Relações

A aceitação de que o desenvolvimento pode ser afectado pelo meio ambiente em que a criança é criada, leva muitos investigadores a debruçarem-se sobre as consequências negativas da privação das relações humanas precoces, e da capacidade de modificar essas mesmas sequelas desenvolvimentais.

Surgiram estudos centrados sobre os efeitos da institucionalização no desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional das crianças, sendo possível constatar o impacto destrutivo que provoca o isolamento e a sub-estimulação, comum na vida dos orfanatos, em hospitais com pouco pessoal e outras instituições. Este síndrome caracterizado por Spitz (1945 cit. por Shonkoff & Meisels, 2000) como “*hospitalismo*” provocava atrasos em múltiplos domínios do desenvolvimento.

Outros estudos realizados vieram demonstrar que um meio mais rico e estimulante pode inverter os efeitos das experiências precoces, realçando a maleabilidade dos processos desenvolvimentais, bem como a necessidade de se intervir nos primeiros anos de vida (Kirk, 1958; Richardson & Koller, 1996; H. Spitz, 1989, in Shonkoff & Meisels, 2000).

Nos anos 50, John Bowlby, através das suas investigações, forneceu um conjunto teórico sobre a importância crítica das relações mãe-filho no desenvolvimento saudável das crianças. A formulação do constructo da “vinculação” forneceu uma fundamentação teórica para o desenvolvimento de importantes estudos sobre a adaptação sócio-emocional das crianças (Ainsworth, 1969; Bretherthon & Waters, 1985; Werner & Smith, 1977, 1982, 1992, in Shonkoff & Meisels, 2000).

Nos anos 50/60 surgiram estudos longitudinais que demonstraram a importância do ambiente de prestação de cuidados, apoiando a validade do modelo de desenvolvimento transaccional. O processo de desenvolvimento é considerado complexo e transaccional, tornando-se cada vez mais evidente que os produtos desenvolvimentais são mediados pelos efeitos mútuos da “natureza” e “educação” (Shonkoff & Meisels, 2000).

3 - Quadro Conceptual de Teorias e Modelos Subjacentes às Práticas de Intervenção Precoce

3.1. Abordagem Sistémica na Intervenção Precoce

Toda a conceptualização teórica sobre a teoria geral dos sistemas é atribuída a Von Bertalanffy (1968). De acordo com esta perspectiva, os indivíduos, as famílias, as organizações e as instituições são vistos não como unidades com um funcionamento independente, mas como componentes de um todo organizado e interrelacionado. Este sistema altera-se sempre que os seus componentes se adaptam às informações, “feedback” e estímulos. Os profissionais de Intervenção Precoce deverão, numa perspectiva de sistema, ter em conta a necessidade de considerar múltiplos componentes, alguns dos quais influenciam, outros são influenciados pela criança com limitações (Ramey Yeates, & Macphee, 1984 cit. por Bailey & Wolery, 1992).

Segundo Powers (1988), os prestadores de serviços em Intervenção Precoce deverão guiar as suas práticas, tendo em conta três desígnios estratégicos fundamentais:

- Actuarem no sentido da prevenção dos desequilíbrios, intervindo proactivamente de forma a reequilibrar, na medida do possível, o funcionamento do sistema familiar;

- Dedicarem atenção particular ao processo organizacional, pois embora os sistemas de Intervenção Precoce operem como suporte para as crianças e respectivas famílias, as organizações podem funcionar como barreiras à mudança, sobretudo quando os indivíduos não têm consciência das estruturas organizacionais e os profissionais não compreendem os valores, as estruturas e os recursos considerados pela família como normais e importantes para si;

- Preocuparem-se por entender a realidade sobre a qual intervêm à luz das interrelações entre o comportamento dos indivíduos e o meio ambiente.

Bailey e Wolery (1992), convocando o conceito de “*goodness of fit*”, originalmente formulado por Thomas e Chess (1977), argumentam que os resultados positivos são potenciados quando existe um maior ajuste entre as características da criança ou da família e os serviços prestados.

Bernheimer, Gallimore, e Weisner (1990) sublinham os contributos que a teoria eco-cultural pode fornecer para o desenvolvimento do Plano Individual de Apoio à Família. Segundo os autores, cada família representa um nicho ecológico com determinadas características específicas. A compreensão deste nicho implica uma análise detalhada dos componentes da ecologia da família e das percepções que os membros da família possuem sobre as suas circunstâncias.

O recurso a um enfoque sistémico poderá beneficiar com a incorporação dos princípios avançados pelo modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975) – demonstrando a natureza das interacções e as dinâmicas de influência no contexto do sistema familiar – bem como, com a utilização dos referenciais teóricos do modelo ecológico de Bronfenbrenner que clarificam as relações hierárquicas subsistentes entre os vários níveis de um sistema.

3.2. Abordagem Transaccional na Intervenção Precoce

Segundo Sameroff e Fiese (2000), os produtos desenvolvimentais da criança em determinado momento não dependem do estado inicial da mesma, nem do estado inicial do meio ambiente, mas sim de uma função complexa de interacção e

transacção entre a criança e o meio ambiente ao longo do tempo. Ou seja, o desenvolvimento da criança não é só o produto cumulativo de uma série de interacções e transacções, mas é também o resultado de como o indivíduo percebe, define e interpreta as experiências transmitidas pela família e pelo contexto social.

Sameroff e Fiese (2000) propõem que os profissionais de Intervenção Precoce adoptem este modelo transaccional na intervenção e que devem analisar os problemas como fenómenos resultantes de uma série de experiências e de percepções dos participantes acerca dessas experiências. Para eles, uma intervenção eficaz deverá ter em conta os múltiplos efeitos e perspectivas, aplicando estratégias a diferentes níveis, devendo estas ser consistentes com as crenças, valores e percepções das figuras-chave do sistema.

3.3. Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento e Educação

Bronfenbrenner (1989) define a ecologia do desenvolvimento humano como o estudo científico da acomodação mútua e progressiva entre, por um lado, o indivíduo activo em crescimento e, por outro, as propriedades em mudança dos contextos que rodeiam o indivíduo. Todo este processo é, por sua vez, influenciado pelas relações entre os cenários mais imediatos de participação e os cenários mais vastos em que o indivíduo de alguma maneira se integra. Esta definição permite três conclusões importantes:

- O indivíduo em desenvolvimento não é como uma tábua rasa moldada pela acção do meio ambiente, mas sim um ser dinâmico que se move, reestrutura e recria o meio ambiente em que está inserido;
- A interacção do indivíduo com o meio ambiente é recíproca pois estabelecem-se trocas entre ambos;
- O meio ambiente no qual o indivíduo se insere é considerado fundamental para o processo de desenvolvimento, não se limitando, no entanto, aos contextos imediatos, mas sim a todas as inter-relações entre os vários contextos mais alargados.

Bronfenbrenner (1979) sugere que os vários contextos ou sistemas ecológicos onde o indivíduo se desenvolve estão encaixados uns nos outros, como um conjunto de bonecas russas. Segundo Garbarino (1990), estes sistemas são

interdependentes sendo a natureza dessa interdependência dinâmica, pois uma simples acção num sistema afecta outros níveis, produzindo alterações muitas vezes inesperadas.

Para Bronfenbrenner (1979), existem quatro níveis que compõem o ambiente ecológico:

- O microssistema é um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais da pessoa em desenvolvimento num determinado cenário, com características físicas e materiais particulares. É considerado como um cenário onde os indivíduos estabelecem interações face a face – (casa, creche, escola...);

- O mesossistema compreende as inter-relações entre três ou mais cenários em que a pessoa em desenvolvimento participa activamente (para a criança, as relações entre a casa, a escola e o grupo de amigos da vizinhança; para um adulto entre a família, o trabalho e a vida social);

- O exossistema diz respeito a um ou mais cenários que não implicam a participação activa do indivíduo, mas onde ocorrem situações que afectam, ou são afectadas, pelos acontecimentos ocorridos no contexto imediato onde o indivíduo se movimenta (local de trabalho da mãe, círculo de amigos dos pais, organizações comunitárias...);

- O macrossistema difere do exossistema uma vez que não se refere a contextos específicos mas a protótipos gerais existentes na cultura ou subcultura. Tem a ver com o sistema de valores, crenças, atitudes, maneiras de ser ou de fazer, estilos de vida característicos de uma determinada sociedade, cultura ou subcultura existentes ao nível dos subsistemas (micro, meso e exo).

Ao longo de toda a vida ocorrem transições ecológicas. Estas acontecem sempre que a situação do indivíduo se altera em virtude de uma modificação do meio, ou dos papéis e actividades por ele desenvolvidas (e. g., uma jovem mãe depara-se com o seu bebé recém-nascido pela primeira vez; mãe e bebé deixam o hospital e regressam a casa; entrada na creche...).

Para Bronfenbrenner (1979), a transição ecológica é um elemento base do processo de desenvolvimento, é simultaneamente uma consequência, bem como o impulsionador desse mesmo desenvolvimento.

Desta análise sistémica resulta a importância da inter-relação entre os factores desenvolvimentais, uma vez que um único factor não pode, por si só,

controlar qualquer resultado do desenvolvimento, e que uma análise causal deverá incluir diversos factores de diferentes níveis.

Dentro desta perspectiva, tendo em conta a Intervenção Precoce, verificamos que as alterações que se produzem a um determinado nível, vão influenciar outros níveis.

Relativamente à criança e família, acontecimentos e situações que ocorrem em casa, influenciam o comportamento na escola e vice-versa. O problema não deve ser percebido nem tratado isoladamente, mas compreendido dentro de um sistema, jogando com a totalidade dos factores que nele interferem.

4 - Práticas de Ajuda e Corresponsabilização em Intervenção Precoce

Igualmente importantes para a evolução dos programas de Intervenção Precoce foram as mudanças nas perspectivas de trabalho com as famílias no âmbito dos modelos de ajuda. Dunst, Trivette e Deal (1988) referem quatro modelos:

O **Modelo moral**, em que a responsabilidade pela existência e resolução dos problemas é transferida para aqueles que procuram a ajuda, conduzindo a sentimentos de solidão, uma vez que a solução deverá ser encontrada sem qualquer tipo de apoio;

O **Modelo médico**, em que quem procura ajuda não é responsável nem pela existência de problemas nem pela sua solução, conduzindo a sentimentos de passividade e de dependência do profissional que presta a ajuda;

O **Modelo de encadeamento “enlightenment”** em que quem procura a ajuda tem a responsabilidade pela existência dos problemas, dependendo, no entanto, do especialista para a sua solução, conduzindo a sentimentos de incompetência e a uma diminuição da auto-estima;

E, por fim, o **Modelo compensatório** em que quem pede ajuda não é responsável pela existência dos problemas mas pela sua solução, levando a sentimentos de competência, bem-estar e de controlo (p. 41).

Dunst, Trivette e Deal (1988) adoptaram o modelo compensatório para a Intervenção Precoce. Este modelo é orientado pelos seguintes princípios básicos:

- Todas as famílias têm forças, capacidades e competências que já se encontram presentes ou que são possíveis de eliciar;
- Se uma família apresenta um funcionamento deficitário, isso é resultado da falta de recursos e apoios;
- As competências adquirem-se dentro do contexto do quotidiano da família, orientado pelas suas prioridades, objectivos e aspirações.

A estes modelos, Dunst, Trivette e Deal (1988) contrapõem o modelo de fortalecimento e capacitação (Enablement and Empowerment). Segundo este modelo, quem solicita a ajuda possui a responsabilidade na aquisição de competências para resolver problemas, e quem presta a ajuda, em vez de mobilizar recursos ou agir, cria as oportunidades de aquisição ou desempenho de competências por parte de quem a solicita.

Este modelo de avaliação centra-se nas necessidades e recursos específicos da família, obedecendo a quatro princípios:

- Promover o funcionamento da criança, pais e família através da identificação das aspirações, projectos pessoais e prioridades;
- Aumentar os esforços para dar resposta às necessidades das famílias através da identificação das suas forças e competências, valorizando o que esta já faz bem e determinando as capacidades susceptíveis de promoverem a mobilização de recursos disponíveis;
- Assegurar a disponibilidade e adequação dos recursos para responder às necessidades, identificando e reforçando a rede social de apoio da família e promovendo a utilização de potenciais redes informais de ajuda;
- Incrementar a capacidade da família de se tornar independente na satisfação das suas necessidades, promovendo a aquisição e utilização de competências necessárias para mobilizar e garantir os recursos necessários, por forma a atingir os seus objectivos (Dunst, Trivette & Deal, 1988).

Para que as práticas de ajuda se revelem eficazes, há que ter em conta três componentes: a qualidade técnica - resultante da formação e experiência profissional - as componentes relacionais - que estão ligadas às características e representações do profissional - e o envolvimento participativo - que inclui práticas que proporcionem oportunidades de discussão bem como o facultar de informações,

colaboração e partilha na tomada de decisões - (Dunst, Trivette, Davis & Cornwell 1988, 1994).

A ajuda eficaz tem como objectivo desenvolver nas famílias a capacidade para melhor resolverem os seus problemas, indo ao encontro das suas necessidades.

Assim, a família alcança os seus objectivos através da aquisição de competências que apoiam e fortalecem o funcionamento, proporcionando um maior sentido de controlo (Dunst et al.1988).

O envolvimento parental constitui o ponto-chave da abordagem centrada na família. Segundo Crais (1993), a intervenção centrada na família deverá ter sempre em conta:

- As preferências da própria família quanto ao nível e tipo de participação;
- O tipo e severidade das necessidades das crianças;
- A dimensão do conhecimento que a família tem da criança;
- As experiências anteriores com outros profissionais;
- A data, a localização e o tipo de avaliação;
- A quantidade e o tipo de barreiras do sistema;
- Os valores culturais/étnicos, tradições e crenças, tanto das famílias como dos profissionais.

Segundo Simeonsson e Bailey (1990), o envolvimento da família na Intervenção Precoce deve ser visto como resposta às necessidades dessa mesma família de uma forma abrangente e com uma orientação sistémica. De facto, o importante é que os pais se tornem elementos competentes de modo a intervir eficazmente na educação e desenvolvimento do seu filho em risco, recebendo para isso o apoio das redes sociais formais e informais existentes na comunidade.

Todas estas abordagens apontam para uma maior valorização da família, assumindo um papel de protagonista em todo o processo de intervenção.

5 - Fontes de Apoio e Recursos: Conceito de Suporte Social

A família tem por vezes dificuldade em lidar com situações de vida difíceis, tornando-se incapaz de utilizar os seus próprios recursos e energias.

Para Dunst, Trivette e Jodry (1996) ou Wolery (2000), existem diferenças entre serviços e recursos. Os primeiros consistem em actividades desenvolvidas pelos profissionais de apoio individual ou em grupo, quer à criança quer à família identificado como apoio formal. Os recursos consistem em apoios sociais prestados pela comunidade ou organizações, quer à criança quer à família, no que se refere às suas necessidades, identifica-os quer como apoio formal quer como informal.

Os recursos podem ainda ser definidos como (...) “ *something that lies ready for use or that can be drawn upon for aid or to take care of ... in time of a need or emergency*” (Dunst, Trivette & Deal, 1988, p.28).

Segundo Dunst, Trivette e Deal (1988), existem recursos intra-familiares e extra-familiares. Os recursos intra-familiares, dizem respeito à energia dos próprios membros da família, ou seja no conjunto de qualidades e características de cada família que definem o seu modo de actuação perante uma determinada situação. Os recursos intra-familiares incluem o casal, filhos e outros membros da família. Por sua vez, os recursos extra-familiares consistem no apoio social de que a família beneficia para ajuda da satisfação das suas necessidades. O conceito de apoio social insere-se dentro do modelo sistémico em que a família, enquanto unidade social, influencia e é influenciada pelas interacções que desenvolve com os outros elementos e os outros sistemas.

O conceito de suporte social (Dunst, 1996) é considerado como o apoio e assistência de âmbito emocional, psicológico, informativo, instrumental e material prestado por elementos do sistema social, que influencia o comportamento de quem o recebe de uma forma positiva.

Suporte social, suporte extra-familiar e recursos são considerados fontes importantes de ajuda e assistência, necessárias para satisfazer as necessidades individuais e familiares (Fisher, Nadler & Witcher, 1983; Cohen & Syme, 1985).

6 - O Sistema da Família e sua Estrutura

A família entendida como um sistema, só numa perspectiva holística pode ser adequadamente compreendida.

A concepção sistémica da família justifica dois aspectos: primeiro, nenhuma família é igual a outra; segundo, a sua complexidade atributo que lhe foi conferido.

No entender de José Gameiro, *“A família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados. (...) A simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”* (Gameiro, 1992, p. 187).

A família é como uma unidade invisível, com interações permanentes e dinâmicas e em constante transformação (Cornwell & Korteland, 1997).

Cada família é de facto uma e única e deverá ser entendida como um todo. É a Teoria Geral dos Sistemas que fornece mais alguns instrumentos teórico-práticos: cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra. Por outro lado, dentro da família existem outras totalidades mais pequenas (a menor é o indivíduo) que são elas próprias, partes do grupo total: são os chamados subsistemas (Relvas, 1996).

Outro aspecto fundamental é o da abertura do sistema. De facto, as unidades estão rodeadas por limites ou fronteiras, permitindo a passagem selectiva da informação, quer entre a família e o meio, quer entre os diversos subsistemas familiares. O grau de abertura ou fecho desses limites é considerado por Minuchin como normas que definem quem participa num subsistema e o modo como o faz, e é variável conforme as próprias famílias e o momento de evolução que atravessam. Em termos práticos, essa abertura refere-se à influência de pressões exteriores a que o sistema está sujeito, bem como às que ele próprio exerce sobre o meio (Minuchin, 1979).

Assim sendo, não é possível conhecer uma família se não se tiver em conta o(s) contexto(s) em que participa. O grau de abertura da família é variável conforme a sua organização, pois possui um dinamismo próprio que lhe confere, para além da individualidade, a sua autonomia.

A família no seu funcionamento integra as influências externas, mas não está dependente delas, não é simplesmente reactiva às pressões do meio, pois está também sujeita a forças internas, possuindo uma capacidade auto-organizadora que lhe dá coerência e consistência.

É também importante lembrar que cada elemento da família participa em vários sistemas e subsistemas, desempenhando, em simultâneo, diversos papéis em diferentes contextos, num registo de complexidade relacional.

As unidades sistémico/relacionais (subsistemas) são criadas por interacções particulares que têm a ver com os indivíduos nelas envolvidos, com os papéis desempenhados, os estatutos ocupados, com as finalidades ou objectivos comuns e com as normas transaccionais que progressivamente se vão construindo.

Na família distinguem-se vários subsistemas: o *individual* (constituído pelo indivíduo que, para além do seu envolvimento no seio do sistema familiar, desempenha noutros sistemas funções e papéis que interagem com o seu desenvolvimento pessoal e também com o seu posicionamento familiar); o *parental* (com funções executivas, tendo a seu cargo a protecção e educação das gerações mais novas e que, na maior parte das vezes, é constituído pelos pais); o *conjugal* (que engloba marido e mulher, o casal); o *fraternal* (constituído pelos irmãos, com funções específicas no que diz respeito ao treino de relações entre iguais).

A forma como estes subsistemas se organizam, o tipo de relações que se desenvolvem entre eles e no interior de cada um, consubstancia a estrutura da família (Relvas, 1996).

A organização/estruturação da família enquadra-se no eixo espacial ou relacional onde a unidade familiar assume um contexto de valor heurístico. O indivíduo é um todo, parte de uma família e de uma sociedade, mas nesse indivíduo vive, existe e reconhece-se essa família e essa sociedade.

É de salientar que as tarefas de desenvolvimento da família, para além de se relacionarem com as características individuais dos elementos que a compõem têm que ver com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema familiar. Os papéis parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também procuram responder positivamente às expectativas sociais atribuídas aos pais.

A família tem assim, como funções primordiais, o desenvolvimento e protecção dos seus membros (função interna), a sua socialização, adequação e transmissão da cultura (função externa).

Com o nascimento do primeiro filho inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família. Com tal evento, a díade transforma-se em tríade e a transformação afectiva operada a nível do funcionamento dos pais é acompanhada por uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias a três níveis fundamentais: no seio do próprio par, nas relações entre o casal e as famílias de

origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (profissional, de amizades, redes de suporte social).

Os novos pais organizam o modelo parental que comporta dois modelos distintos: o maternal e o paternal. Esta representação vai permitir assumir a função parental, baseada no ajustamento das funções maternal e paternal que não significam, estritamente, o papel desempenhado pela mãe e pelo pai. Podem ser definidas como o conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, étnicos, económicos e culturais que tornam um indivíduo mãe ou pai de um ou vários outros indivíduos (Relvas, 1996).

A parentalidade organiza-se num processo do qual fazem parte três aspectos:

- 1) A interacção com a realidade da criança que não é um elemento passivo, participando com as suas competências e características próprias na modelagem desta função;
- 2) A relação com as famílias de origem;
- 3) As expectativas sócio-culturais e familiares que acompanham o seu nascimento.

O funcionamento do sistema familiar impõe uma reavaliação constante dos comportamentos associados à parentalidade, feita em função do tempo e do contexto específico em que se desenvolve.

A família como sistema social mais não é que um grupo de indivíduos que se encontram num processo de construção da sua própria realidade (Cornwell & Korteland, 1997).

Segundo Bronfenbrenner (1979), o desenvolvimento da criança é um processo sujeito à influência directa e indirecta de diferentes sistemas (micro, mezo, exo e macrosistemas), em que a família se situa ao nível do microsistema tratando-se da estrutura que mais directamente influencia a criança.

Por isso, cabe aos profissionais de Intervenção Precoce desenvolver a sensibilidade que lhes permita compreender os vários subsistemas da família.

7. Do Modelo Transaccional à Intervenção Precoce

Bronfenbrenner (1977) diz-nos que o desenvolvimento será facilitado através da participação do sujeito em padrões de actividade cada vez mais complexos, mantidos com alguém com quem ele tenha desenvolvido uma ligação afectiva positiva.

É importante observar os sistemas de regulação que afectam o desenvolvimento da criança. O ambiente desempenha um papel fundamental em todos os pontos, ajudando a criança a desenvolver-se e a auto-regular-se.

O estudo Kauai (Werner, Bierman, & French, 1971; Werner & Smith, 1982), veio demonstrar que, quando a família e as variáveis culturais promovem o desenvolvimento, as crianças que experimentaram complicações na altura do parto, não se distinguem das que nasceram sem qualquer tipo de complicações. No entanto, se as variáveis culturais da família dificultam ou impedem o desenvolvimento, até as crianças sem complicações biológicas desenvolvem graves défices afectivos e sociais na vida futura.

Isto permite-nos chegar às seguintes conclusões: a primeira, é que o nível de competência da criança em qualquer ponto do seu desenvolvimento, tenha ele sido atingido através de processos de desenvolvimento normal ou através de esforços de intervenção especiais, não é linearmente relacionável com a competência futura na vida. A segunda, é que no desenvolvimento futuro é sempre necessário ter em conta os efeitos do contexto social e familiar da criança, que podem promover ou impedir o seu desenvolvimento harmonioso.

Assim, qualquer programa de intervenção, nunca poderá ter sucesso se as mudanças apenas incidirem na criança, sendo necessário proceder a alterações e modificações no ambiente e contexto, de forma a aumentar as competências já existentes, protegendo-a de acontecimentos perturbadores no futuro.

Estudos realizados vêm comprovar que a eficácia da intervenção depende, não só do número de factores de risco, como também, os mesmos efeitos são resultado de diferentes combinações de factores de risco. Em cada família dever-se-á efectuar, então, uma análise dos factores de risco, exigindo um conjunto de estratégias de intervenção.

7.1. O modelo de regulação do desenvolvimento - o Mesótipo

Tal como existe uma organização biológica – o genótipo, que regula o resultado físico de cada indivíduo – existe também uma organização social que regula a forma como cada ser humano se enquadra na sociedade. Essa organização – o mesótipo - funciona através da família e dos padrões sócio-culturais (Sameroff & Fiese, 2000). Este é composto por subsistemas que, não só se relacionam com a criança, mas também uns com os outros.

Havendo interesse em manipular o desenvolvimento, como no caso dos programas de prevenção ou intervenção, importa identificar as fontes de regulação do desenvolvimento humano.

As regulações do desenvolvimento ao nível da cultura, família e pai/mãe, ocorrem dentro de códigos: código cultural, código familiar e código individual do pai/mãe. Estes códigos regulam o desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional da criança num registo, em parte, determinado pelas crenças, valores e personalidade dos pais, pelos padrões de influência transgeracional e, também, pelas crenças de socialização, controlo e suportes da cultura.

Deve reconhecer-se a distinção entre códigos e comportamentos. O mesótipo não é mais que uma descrição do contexto experiencial, assim como o genótipo não é mais do que o fenótipo biológico.

Em cada caso, o código deve ser actualizado pelo comportamento. Os códigos têm uma influência organizacional e regulatória no comportamento dos pais, mas o comportamento não é o mesmo que código.

Embora o mesótipo possa ser conceptualizado independentemente da criança, as mudanças nas capacidades da mesma ao nível do desenvolvimento podem provocar alterações nos processos de regulação, contribuindo para a evolução de uma agenda de desenvolvimento que regula cada mesótipo em marcos de desenvolvimento.

Embora os marcos do desenvolvimento tenham sido concebidos como próprios à criança, o seu significado fica muito reduzido se não existir uma regulação desencadeada pelo mesótipo. Diferentes pais, diferentes famílias e diferentes culturas podem ser sensíveis a comportamentos diferentes da criança (Sameroff e Fiese, op. cit.).

O comportamento da criança, em qualquer ponto do tempo, é o produto de transacções entre o fenótipo (a criança), o mesótipo (fonte externa de experiência) e o genótipo (fonte de organização biológica).

7.1.1. Código cultural

Consiste num conjunto de características que organizam uma sociedade que inclui elementos de socialização e educação. Estes processos estão enquadrados em conjuntos de controlo social e suporte social. Baseiam-se em crenças que diferem na medida do consenso comunitário que vai da moral às normas, até às modas passageiras.

Uma das actuais condições de risco, para a qual muitos programas de intervenção estão dirigidos, é a gravidez na adolescência. Embora para algumas jovens mães a gravidez seja resultado de factores individuais, para grande parte é o resultado de um código cultural que define os padrões de maturidade, relações familiares e de socialização relativamente à maternidade adolescente.

Furstenberg, Brooks-Gunn, e Morgan (1987), salientam *"(...) que a perspectiva das famílias acerca do curso da vida, atribuem o momento de casar e de ter filhos à interacção entre crenças pessoais, sociais, económicas e culturais relativamente ao comportamento apropriado a cada idade (...)".*

7.1.2. Código familiar

Tal como os códigos culturais regulam a adequação entre os indivíduos e o sistema social, os códigos familiares organizam os indivíduos dentro do sistema familiar. Os códigos familiares fornecem uma fonte de regulação que permite que um grupo de indivíduos forme uma unidade colectiva em relação à sociedade como um todo.

Assim, como os códigos culturais regulam o desenvolvimento de modo a que o indivíduo possa cumprir um papel na sociedade, os códigos familiares regulam o desenvolvimento no sentido de produzir membros que cumpram um papel no seio da família, e de serem capazes de integrar novos membros no sistema partilhado.

A família regula o desenvolvimento da criança através de uma variedade de processos que diferem no grau de representação explícita e de conduta. As famílias têm rituais que prescrevem papéis e ditam normas de comportamento dentro do conjunto familiar; histórias que transmitem orientações e valores a cada membro da família e a quem as ouvir; mitos partilhados que influenciam as interacções individuais ou exageram aspectos das histórias de família, e paradigmas, que modificam o comportamento individual na presença de outros membros da família.

Reiss (1989) fez o contraste entre o grau, no qual estes processos são articulados e prontamente relatados pelos membros individuais, e o grau, no qual o comportamento de cada membro da família é regulado por uma prática comum evidente, somente quando os membros da família se encontram juntos. Enquanto os rituais familiares podem ser relatados por cada membro da família, os paradigmas familiares são construídos através de processos grupais. As regulações mais representativas são exemplificadas pelos rituais familiares e as menos representativas, pelos paradigmas familiares.

As histórias e mitos providenciam funções regulatórias intermédias dos rituais e paradigmas. O que tem importância para os esforços de intervenção é a natureza exacta de como estas formas são transmitidas, através do comportamento entre os membros da família e de como são representadas cognitivamente.

Rituais

Segundo Sameroff e Fiese (2000), os rituais são formas de regulação familiar mais conscientes, praticados por toda a família e frequentemente documentados. As actividades dos rituais situam-se por definição fora da rotina normal e incluem celebrações familiares, tradições e interacções padronizadas. O conteúdo dos rituais familiares inclui informação simbólica, assim como estádios preparatórios, horários e planos. Os rituais cumprem uma função reguladora ao atribuir papéis ou tarefas claras a cada membro da família. Para participar no ritual, cada membro da família deve adequar-se às características específicas de um papel.

Histórias

As histórias fornecem uma segunda forma de regulação da família. Para Reiss (1989), embora as histórias tenham interesse para os cientistas do desenvolvimento e da cognição, (como instrumento para a compreensão do desenvolvimento cognitivo), existem poucos trabalhos sobre a importância das histórias que as famílias contam sobre si próprias. Num estudo sobre o folclore familiar, Zeitlin, Kotkin e Baker (1982), reuniram um vasto número de histórias familiares. A partir da sua análise propuseram três funções para as histórias:

- 1) Para enaltecer “*heróis*” notáveis ou brincalhões na história da família;
- 2) Para dramatizar ou conservar transições significantes na família ou eventos stressantes;
- 3) Para preservar certos costumes familiares. As histórias têm sido vistas como tendo um efeito estabilizador, ao preservar importantes acontecimentos transmitindo um sistema de valores à geração seguinte.

Há uma forte componente de desenvolvimento nas histórias de família. Como fonte de regulação, a prática de contar histórias é um factor importante nas relações da criança com os outros membros da família.

As crianças ouvem as histórias e organizam experiências ao longo delas, permitindo aos pais transmitir determinados valores através das histórias contadas.

Mitos

A terceira fonte de regulação dentro do código da família foi os mitos. Os mitos familiares são crenças que permanecem inalteráveis apesar da realidade. Segundo Kramer (1985), os mitos podem ter uma origem traumática e possuem, frequentemente, uma componente afectiva muito forte. Os mitos familiares não se discutem, nem são reconhecidos como distorções (Sameroff & Fiese, 2000).

Alguns mitos familiares, ajudam a regular a definição de papéis na família. Podem surgir problemas de desenvolvimento quando a criança tem de aceitar um mito familiar distorcido para ser congruente com a família ou quando a família impõe um papel desadequado à criança, mediante a criação de um novo mito.

Paradigmas

Os paradigmas familiares são a quarta forma de regulação da família. Reiss (1981) descreve a forma como as famílias desenvolvem os paradigmas, que incluem um conjunto de suposições, convicções ou crenças acerca do seu funcionamento. A evidência de que os paradigmas operam ao nível da família reside no facto de, face a uma mesma questão, os membros da família agirem de forma diferente quando estão sozinhos ou quando estão em presença de outros membros.

Segundo Reiss, Oliveri e Curd (1983), estes paradigmas geralmente persistem durante anos, mesmo gerações e manifestam-se *“in the fleeting fantasies and expectations by all members of the family and, even more important, in the routine action patterns of daily life”*.

Pesquisas actuais sobre os efeitos dos factores familiares no desenvolvimento da criança, salientaram interacções conflituosas ou harmoniosas, observáveis entre membros de uma família. O código familiar é um domínio do funcionamento da família que organiza tais comportamentos. Uma condição de risco reconhecida na criança, é o efeito da discórdia entre os pais e do divórcio, uma vez que produzem problemas no comportamento face ao conflito familiar ou à ausência de um dos pais (Wallerstein & Kelly, 1980 cit. por Sameroff & Fiese, 2000).

7.1.3. Código individual dos Pais

O comportamento dos pais é influenciado pelo contexto familiar, uma vez que fazendo parte de uma família, o comportamento de cada membro é alterado frequentemente sem consciência da mudança de comportamento (Sameroff & Fiese, 2000). Contudo, não há dúvida de que os indivíduos trazem o seu próprio contributo para as interacções familiares. A contribuição dos pais é determinada de forma mais complexa do que a das crianças, devido aos múltiplos níveis que contribuem para o seu comportamento.

Discutem-se as regulações da socialização enquadradas nos códigos cultural e familiar, mas não se discutem as interpretações individuais que os pais impõem a esses códigos. Tais interpretações estão condicionadas pela participação dos pais nos códigos das suas famílias anteriores, sendo apreendidas unicamente por cada

membro da família. Estas diferenças individuais favorecem as respostas do pai e da mãe aos seus próprios filhos.

Main e Goldwyn (1984) identificaram categorias de ligação dos adultos que reflectem a codificação dos pais e a interpretação dessa mesma ligação. O que é interessante nessas categorias de ligação dos adultos é que estas operam através de gerações e são predictivas de categorias de ligação aos filhos.

Relativamente ao desenvolvimento precoce, Fraiberg, Adelson e Shapiro, (1980), forneceram muitas descrições das atribuições que os pais trazem para o exercício da parentalidade. Esses “*fantasmas*” de conflitos não resolvidos parecem “(...) *do their mischief according to a historical or topical agenda, depending upon the vulnerabilities of the parental past*” (Fraiberg, et al, op. cit. p. 164).

Segundo Sameroff, Seifer e Zax (1982), o efeito do desvio dos pais não foi ainda reconhecido como contributo para a perturbação do desenvolvimento da criança.

Um dos maiores avanços na investigação corrente de programas de Intervenção Precoce é o esforço para facilitar a prestação de cuidados por parte dos pais, dada a sua importância para o desenvolvimento da criança. Embora se reconheça essa influência, é importante considerar os contextos onde o comportamento parental ocorre, ou seja os seus códigos familiares e culturais.

É necessário reconhecer os pais como uma fonte de regulação de grande importância, mas é igualmente importante reconhecer que o comportamento parental está, ele próprio, condicionado por contextos de regulação que podem exigir estratégias de intervenção adicionais.

7.2. Regulações Desenvolvimentais

A descrição dos contextos de desenvolvimento é necessária para a compreensão dos problemas desenvolvimentais, bem como para o eventual delinear de programas de intervenção. Após se ter avaliado a complexidade dos sistemas, é possível direccionar a intervenção para a procura de elementos chave. Esses elementos serão encontrados na interacção entre a criança, a família e os sistemas culturais, especialmente aqueles onde as regulações ocorrem.

Deve-se, também, atender à complexidade dos processos regulatórios reflectidos no tempo, intencionalidade, nível de representação, e a natureza da contribuição da criança. As regulações no desenvolvimento foram divididas em três categorias: macroregulações, miniregulações e microregulações (Sameroff & Fiese, 2000).

Macroregulações são predominantemente grandes mudanças intencionais na experiência que se arrastam por um longo período de tempo, tais como entrar na escola.

Miniregulações são predominantemente actividades onde se dispensam cuidados maternos ou educativos tais como, vestir, alimentar ou disciplinar.

Microregulações são padrões quase automáticos em interacções momentâneas, tais como a concordância do lado positivo (Stern, 1977), e a coerção do lado negativo (Patterson, 1986).

7.2.1. Macroregulações

São o tipo mais extensivo de regulações e fazem parte da agenda de desenvolvimento cultural. Esta agenda é constituída por uma série de pontos no tempo em que o meio é reestruturado de modo a fornecer à criança diferentes experiências. O treino de ir à casa de banho ou de ir à escola são actividades que podem ser iniciadas em diferentes pontos no tempo ao longo do desenvolvimento da criança, de acordo com os códigos culturais (deVries & Sameroff, 1984).

Os códigos macroregulatórios fornecem a base para a socialização em cada cultura. São reacções aos comportamentos da criança, facilmente identificáveis como acontecimentos distintos e esperados por todos os membros de uma cultura.

Temporalmente, as macroregulações são impregnadas pelos valores da época, reflectindo mudanças que constituem marcos e que reestruturam as actividades da criança. Quando o comportamento de um indivíduo provoca uma reestruturação do ambiente, a cultura não consegue fornecer regulações adicionais, até que o comportamento da criança desencadeie uma nova reestruturação. A validade da agenda de desenvolvimento regulada pela cultura não está nos detalhes particulares, mas no facto de ela ser bem sucedida no processo de transmissão geracional. As macroregulações são as funções regulatórias mais articuladas, sendo

conhecidas pelos membros sociais de cada cultura e discutidas ou escritas sob a forma de leis (e.g., todas as crianças com seis ou mais anos devem ser matriculadas numa escola).

7.2.2. Miniregulações

O segundo nível é caracterizado pelas miniregulações, que operam num período de tempo mais curto. Incluem actividades de cuidado diário da família. Temporalmente actuam numa base diária, reflectindo ordens repetidas dentro da família. Tais actividades incluem, alimentar as crianças quando têm fome, mudar as fraldas quando estão molhadas e adoptar actos de disciplina sempre que elas se portam mal.

As miniregulações são susceptíveis de grande variação individual, ainda que respeitem os códigos culturais. A família fornece o terreno para o desenvolvimento da maior parte das miniregulações que se mantêm ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. As famílias desenvolvem os seus próprios códigos que são depois transmitidos aos outros membros da família (Sameroff & Fiese, 1989 cit. por Sameroff & Fiese, 2000).

As famílias podem desenvolver actividades relativas a cuidar da criança, tais como a disciplina através de uma grande variedade de formas, de acordo com o seu código cultural. Desvios como a coerção dos pais podem ter um efeito negativo no comportamento da criança, mas podem manter a forma de regulação no seio da família (Patterson, 1986). Segundo Reiss (1989), a maior parte dos membros da família pode concordar com as miniregulações embora não sejam, muitas vezes, capazes de as articular espontaneamente.

A contribuição da criança nas miniregulações pode ser vista nos momentos em que os comportamentos da família são reestruturados de forma a irem ao encontro das exigências da mesma.

7.2.3. Microregulações

O terceiro nível de regulação consiste nas microregulações que ocorrem num período de tempo mais curto. As microregulações são interacções momentâneas entre a criança e a pessoa que cuida dela, que Field (1979), e Stern (1977), definiram como “*sincronia de comportamentos*” ou “*concordância*”.

As microregulações são uma combinação de códigos biológicos e sociais. Embora possam surgir de forma consciente, muitas destas actividades emergem naturalmente e com alguma automaticidade. Face ao objectivo biológico está o sorriso do pai/mãe, em resposta ao sorriso da criança, face ao objectivo social estão os padrões de interacção “*micro sociais*” que aumentam ou diminuem o comportamento social da criança (Patterson, 1986). A contribuição da criança para as microregulações pode ser vista através dos efeitos da actividade da criança na responsabilidade materna. As crianças prematuras que passaram por complicações pré-natais podem possuir um nível de actividade baixo, necessitando de mais estimulação por parte das mães, ao contrário da exigida pelas crianças nascidas saudáveis e sem problemas (Sameroff & Fiese, 2000). O ajustamento nas microregulações maternas pode ser estimulado, em parte, pelo comportamento da criança.

As três fontes de regulação que foram realçadas estão organizadas em diferentes níveis do mesótipo. As macroregulações são a forma principal de regulação dentro do código cultural. Muitos códigos culturais são escritos ou memorizados e podem ser transmitidos pelos membros individuais da sociedade através de costumes, crenças, mitologias servindo de complemento às leis actuais que regulam a saúde e a educação da criança. As miniregulações são as principais dentro do código familiar, onde as interacções menos formais condicionam comportamentos, como cuidar de membros da família. As microregulações dão-se a um nível individual, onde as diferenças da personalidade e do temperamento balançam com as semelhanças do comportamento específico da espécie humana de regular as reacções da criança.

Durante a infância essas regulações passavam pelos comportamentos dos pais, especialmente da mãe na sua relação com a criança. Actualmente, essas

relações tornaram-se centrais para o desenvolvimento de adaptações normativas e desviantes da criança.

Embora estes níveis de regulação tenham sido descritos isoladamente, a verdade é que eles se encontram em constante interacção e até transacção. A família desenvolve a sua rotina de cuidados diários influenciada pelas transacções entre os códigos familiares e culturais, ou seja, entre as normas sociais e as tradições familiares. À medida que a criança se desenvolve no seio da família, vai participando cada vez mais nas transacções que servem de fundamento à interacção social. As famílias destacam o papel definido para cada criança através dos rituais e desenvolvem mitos que regulam o seu desenvolvimento futuro. O estilo de cada membro da família influencia a forma como as regulações são levadas a cabo na relação, de acordo com a individualidade de cada criança.

A operacionalização do código familiar caracteriza-se por uma série de transacções reguladas. Os conceitos que os pais possuem acerca do desenvolvimento influenciam as suas práticas de “*caretaking*”. À medida que as crianças são expostas a papéis com diferentes expectativas e escutam as suas histórias familiares, dão a sua própria contribuição com os seus estilos particulares. A acção da criança no seio da família é incorporada nas histórias de família, rituais e mitos. A criança ao tornar-se um “*negociador*” activo do código familiar pode afectar as práticas relativas à infância, influenciando o código que será transmitido à próxima geração.

7.3. Estratégias de Intervenção Precoce

A sensibilidade em relação às complexidades do desenvolvimento encorajou a idealização e implementação de estratégias de intervenção que envolvem os vários membros da família da criança num registo.

Cada vez mais os programas de Intervenção Precoce têm em conta as várias facetas dos problemas das crianças, sendo cada vez menos aceitável focar aspectos isolados das desordens do desenvolvimento. Nesse sentido, deve ser considerado todo o contexto ambiental da criança (Sameroff & Fiese, 2000).

Um problema frequente na planificação de estratégias de intervenção é decidir onde concentrar esforços terapêuticos. Como já foi salientado, os sistemas

de regulação do desenvolvimento podem incluir códigos individuais, familiares e culturais.

É importante analisar os sistemas de regulação para definir as formas de intervenção mais eficazes. Os códigos culturais, familiares e individuais estão incorporados em contextos cronológicos e comportamentais que variam de acordo com a latitude do tempo e o objectivo do comportamento. Um ponto básico que surge desta análise é que nunca existirá uma estratégia de intervenção única que resolva todos os problemas de desenvolvimento. A eficácia não será encontrada num tratamento universal, mas sim na individualização dos programas dirigidos para os aspectos principais de uma criança específica numa família específica, dentro de um contexto social específico.

Tendo em conta as dimensões temporais das regulações, quais as implicações para a intervenção?

Frequentemente, os modelos de intervenção procuram cobrir um vasto leque de contextos para um único problema. Alguns programas de intervenção são desenhados para intervir ao nível da criança, da família e, ocasionalmente, num contexto mais alargado como, por exemplo, o dos sistemas de suporte social (Dunst, Trivette & Cross, 1986). No entanto, existe sempre o risco de se dispenderem grandes esforços com resultados mínimos.

Uma compreensão mais precisa dos sistemas de regulação e da tomada de decisões diagnósticas forneceria formas de intervenção mais efectivas. Na linha do modelo transaccional, apresenta-se em seguida uma forma de identificar objectivos e estratégias de intervenção.

Segundo este modelo, as mudanças no comportamento são resultado de uma série de mudanças internas entre os indivíduos, dentro de um sistema partilhado, seguindo princípios regulatórios específicos. A multidireccionalidade da mudança é destacada ao apontar fontes de regulação que a mediatizam. Ao examinar as forças e as fraquezas do sistema de regulação, podem identificar-se objectivos que minimizem o necessário alcance da intervenção, enquanto se maximiza a eficácia.

Em alguns casos, pequenas alterações no comportamento da criança são o necessário para restabelecer um sistema de relacionamento bem regulado. Noutros casos, mudanças ao nível das percepções dos pais, podem representar a intervenção mais apropriada. Numa terceira categoria, estão os casos que requerem melhorias na capacidade dos pais para tomar conta da criança. Estas categorias de

estratégia foram, respectivamente, rotuladas de remediação, redefinição e reeducação (Sameroff & Fiese, 2000). Ao planejar a intervenção podemos contemplar todas estas categorias, mas devemos ter como foco central uma categoria de cada vez ou optar pela estratégia de intervenção mais adequada a cada caso.

A figura 1 é uma abstracção do modelo de desenvolvimento durante a infância que incorpora todas as mudanças reguladas biologicamente, na linha de desenvolvimento da criança e todas as mudanças reguladas pelo meio, na linha de desenvolvimento dos pais.

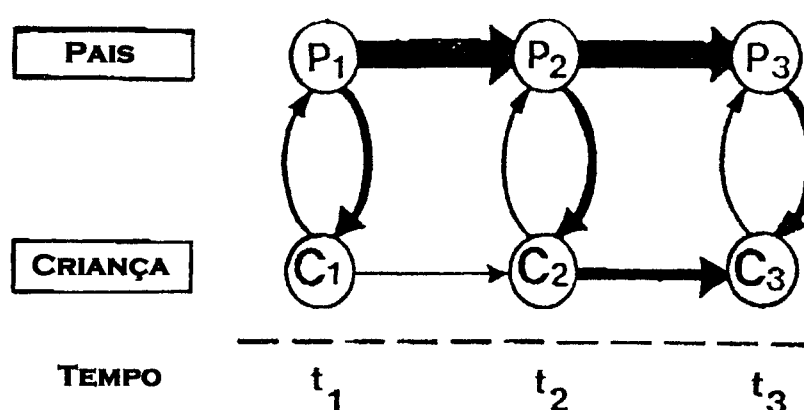


Fig. 1 – Modelo regulatório de desenvolvimento entre as transacções dos pais e da criança (Sameroff & Fiese, 2000).

Um conjunto de setas parte do estado inicial da criança (C1) para o estado dela ao progredir em pontos no tempo. Esta dimensão refere-se ao desenvolvimento infantil de capacidades auto-reguladoras. São regulações biológicas primárias de variáveis autónomas e estáveis, às quais são adicionadas a um repertório crescente de comportamentos cada vez mais ricos (Sameroff & Fiese, op. cit.).

À medida que as crianças crescem em idade, a linha torna-se mais fina, uma vez que elas vão adquirindo mais habilidade para tomar conta de si próprias e para se protegerem de situações perturbadoras.

Outro conjunto de setas parte do estado inicial dos pais (P1) para o seu estado ao progredir em pontos no tempo. Esta dimensão refere-se à continuidade na compreensão dos pais relativa ao código cultural e à sua competência em regular o desenvolvimento do seu filho.

A discussão das estratégias de intervenção centra a sua atenção nas setas verticais entre os pais e a criança e na mudança dos pais, na sequência de pontos

temporais. As setas que partem da criança para os pais representam mudanças na criança que se realizam com eles e que, no limite, mudam os seus comportamentos ou as suas atitudes. A seta descendente reflecte mudanças nos pais que estão dirigidas a eventuais mudanças na criança. As setas horizontais entre P1 e P2 reflectem mudanças iniciadas com os pais em t1, que depois influenciam os seus comportamentos em t2 e que podem, também, afectar o comportamento da criança em t2.

Cada direcção que o efeito toma, implica um diferente ponto e forma de intervenção.

Em relação às estratégias de Intervenção Precoce temos a *remediação* que modifica a forma como as crianças se comportam face aos pais. Por exemplo, nos casos em que as crianças têm desordens orgânicas conhecidas, a intervenção deve ser dirigida para a remediação dessas irregularidades biológicas. Ao melhorar o estado físico da criança, esta será capaz de extrair cuidados e atenção dos seus pais.

A *redefinição* modifica a forma como os pais interpretam o comportamento dos filhos. Encarar a criança como sendo difícil ou teimosa, pode impedir interacções positivas por parte dos pais. Ao redireccionar as atribuições que fazem da criança, pode facilitar-se uma atitude mais positiva.

A *reeducação* modifica a forma como os adultos se comportam face à criança. Fornecer treino em técnicas de posicionamento para pais de crianças com deficiência, é um exemplo desta forma de intervenção.

7.3.1. Remediação

É uma técnica de intervenção que consiste em introduzir modificações na criança, podendo ocorrer eventuais modificações nos pais, uma vez que o objectivo é a adequação da criança às competências parentais pré-existentes que seriam adequadas se a criança tivesse as respostas apropriadas.

A remediação pode, por exemplo, ser apropriada a crianças prematuras com dificuldades na alimentação originadas pela imaturidade em chupar e fraca coordenação em engolir.

A fraca nutrição e o atraso no desenvolvimento do reflexo de chupar pode levar a que a criança esteja hospitalizada durante um longo período de tempo, levando os pais a criar uma percepção da mesma como sendo uma criança doente, sujeitando-a a possíveis disfunções na forma de cuidar e lidar com ela.

Neste exemplo, se as crianças prematuras forem alvo de uma intervenção de remediação individual em que haja estimulação do reflexo de chupar para conseguirem alimentar-se, elas são capazes de normalizar mais cedo o seu comportamento e conseqüentemente, terem alta do hospital mais depressa (Anderson, Burroughs, & Measel, 1983).

As intervenções de remediação são regulações do comportamento infantil, tal como os códigos familiares e culturais são constructos reguladores do desenvolvimento. A remediação é indicada quando existe uma razoável expectativa de que a condição da criança pode ser alterada e de que os códigos familiares e culturais não impedem que a implementação dos esforços de intervenção se faça.

Existem, no entanto, situações em que os códigos culturais e familiares não podem operar com sucesso sendo então necessário implementar uma outra estratégia de intervenção – a estratégia de redefinição.

7.3.2. Redefinição

A redefinição está indicada quando os códigos familiares não se enquadram nem aceitam o comportamento da criança, tendo como objectivo facilitar as interacções parentais mais adequadas para que os pais identifiquem áreas de funcionamento normal.

As estratégias de redefinição estão dirigidas para facilitar a adequação das interacções dos pais. São apropriadas quando os pais definiram, por exemplo, a criança como anormal e são incapazes, ou não têm vontade, de lhe fornecer os cuidados normais. Tais dificuldades em fornecer atenção e cuidados podem ter duas fontes: dificuldade dos pais em se adaptarem à condição incapacitante da criança, ou dificuldade dos pais em distinguir entre as suas reacções emocionais e o comportamento actual da criança.

Exemplo do primeiro tipo de problema, são os pais que se desqualificam ao não se considerarem capazes de tratar da criança e, automaticamente,

reconhecerem a deficiência física ou mental como uma condição que só pode ser tratada por profissionais. Exemplo do segundo tipo de problema, são os pais que ficaram desencantados com o tratamento e cuidado prestado aos filhos, porque não correspondeu às expectativas que tinham criado.

Estas estratégias dirigem-se aos pais quando uma condição desviante na criança é um foco não identificado nas percepções erradas que eles têm relativamente à mesma. Por exemplo, os pais que se deparam com o nascimento de uma criança com Síndrome de Down e que a definem como uma criança “*anormal*” devido à diferença na aparência ou no ritmo de desenvolvimento, são muitas vezes levados a acreditar que são incapazes de tratar dela.

Neste caso, as estratégias de redefinição devem ser orientadas para a normalização das reacções dos pais face à criança, tendo como principal preocupação salientar os aspectos normais do seu comportamento apesar dos atrasos no seu funcionamento cognitivo e da alteração das suas respostas sociais e emocionais. Por exemplo, estabelecer a comunicação através do contacto ocular e de respostas emocionais como sorrir e eventualmente, rir.

Para que a redefinição seja a intervenção escolhida, um aspecto crucial da dificuldade em ter sucesso deve estar na percepção dos progenitores relativamente à criança. É sabido que muitos pais de crianças com dificuldade em ter sucesso descrevem os seus filhos como sendo “*opositores*” ou maus (Ayoub & Milner, 1985) e têm dificuldade em aceitá-los (Casey, Bradley, & Wortham, 1984).

Os esforços de redefinição, neste caso, teriam como alvo a reconstrução, por parte dos pais, das expressões emocionais da criança. No caso de uma mãe que recusa alimentar um bebé a chorar, a criança é percebida como sendo teimosa; o choro da criança pode ser redefinido como um sinal de fome e não de raiva. Uma simples redefinição pode ser suficiente para alterar a relação pais - criança para que as interacções alimentares possam ter lugar.

Contudo, alguns casos podem não responder à alteração dos rótulos do comportamento infantil, e aí, um esforço mais intensivo dirigido à história passada dos pais seria indicado. Fraiberg, Adelson e Shapiro (1980), descreveram como as experiências passadas dos pais, influenciam os actuais comportamentos de “*caretaking*”. Assim que os pais implementam actividades rotineiras de “*caretaking*”, as experiências passadas da sua própria infância são recordadas. Indivíduos que

experimentaram cuidados sensíveis e apropriados, recordam experiências positivas quando tomam conta dos seus filhos.

Todavia, indivíduos que experimentaram cuidados inadequados, geralmente repetem as mesmas interações inapropriadas. Estes *“fantasmas da maternidade”*, podem influenciar a forma como os pais levam a cabo as suas rotinas relativas a cuidar e atender os filhos. Em relação ao caso da dificuldade em ter sucesso, as mães destas crianças usualmente recordam a sua própria educação na infância como inadequada.

Neste caso, as intervenções de redefinição podem ser dirigidas para as memórias dos pais, relativas a experiências passadas. Chatoor e seus colegas afirmam que a redefinição do bebé como sendo da mãe, mais que um símbolo das experiências de *“parenting”* passadas, tem sido eficaz no tratamento de crianças com dificuldades (Chatoor, Dickson, Schaeffer & Egan, 1985).

A mãe ou o pai, ou a família inteira, podem ser a fonte de atribuições inadequadas relativas à criança. De facto, reconhecer como a família pode contribuir para as disfunções na criança é central para adaptar o código da família ao comportamento da criança.

A maior parte da discussão em torno da redefinição tem sido dirigida para o código familiar, mas ocasionalmente pode ser dirigida para o código cultural.

As redefinições em diferentes níveis de regulação movem-se do foco no comportamento da criança específica, para o foco das atribuições gerais de uma dada criança, até ao foco nas atribuições das crianças em geral.

Intervenções ao nível das microregulações, ajudam os pais a reinterpretar as sugestões das crianças, por exemplo, a redefinir o choro como um choro de fome e não de oposição.

Intervenções ao nível das miniregulações ajudam os pais a redefinir quem o seu filho é – *“É o meu bebé e não eu enquanto bebé, nem a minha mãe, nem o meu pai, nem a minha mulher”* – para que o objecto da sua atenção seja clarificado.

Intervenções ao nível das macroregulações têm como objecto a redefinição de estereótipos culturais, como por exemplo, redefinir o ideal de bebé como magro e mau, em vez de gordo e alegre.

O objectivo desta intervenção é alterar a relação dos pais com a criança. As intervenções de redefinição devem ser dirigidas para a forma como a família vê a criança e quais os papéis que o código familiar permite que a criança desempenhe.

Podemos concluir que as intervenções de redefinição tentam alterar padrões de relacionamento perturbados a partir de percepções não adaptáveis ou inadequadas. Há casos, no entanto, que os pais não possuem as capacidades necessárias para desempenharem o seu papel, sendo indicada a reeducação.

7.3.3. Reeducação

Consiste em ensinar os pais a cuidar dos seus filhos, estando indicada quando estes não possuem as competências parentais básicas ou quando o comportamento parental adequado não faz parte do seu repertório.

Um exemplo de uma intervenção de reeducação é o cuidar e alimentar de bebés prematuros, sendo pertinente um programa que dê instrução aos pais sobre a forma de como tratar os filhos. Este facto permite-lhes compreender as necessidades de desenvolvimento dos bebés.

Intervindo desta forma, os pais são levados a compreender os seus filhos como menos difíceis de educar, tornando-os capazes de interagir com os bebés no contexto social.

Os bebés prematuros apresentam desafios particulares aos pais, em relação à rotina de “*caretaking*”, já que a imaturidade da criança é muitas vezes caracterizada por irregularidades na regulação da homeostasia (Sameroff & Fiese, 2000), os padrões de sono irregulares (Parmelee & Sigman, 1984), e as inconsistências na interacção social (Field, 1980; Goldberg et al., 1980).

Esta forma de intervenção pode levar os progenitores a perceberem os seus filhos como menos difíceis de educar e torná-los mais voluntariosos para interagir com os bebés.

O modelo complexo que caracteriza a nossa moderna compreensão da regulação do desenvolvimento parece apropriado para analisar a etiologia das desordens no desenvolvimento. Permite a compreensão da intervenção a um nível necessário, para identificar objectivos de intervenção. Ajuda-nos a perceber porque razão as condições iniciais não determinam os resultados, positivos ou negativos.

O modelo transaccional ajuda-nos a perceber a razão pela qual os esforços de Intervenção Precoce podem não determinar os futuros resultados. Há muitos pontos no desenvolvimento onde as regulações podem facilitar ou retardar o

progresso da criança, no entanto, a parte esperançosa deste modelo, é que estes pontos no tempo representam oportunidades de mudança no processo de desenvolvimento.

Segundo alguns estudos longitudinais realizados no âmbito do modelo transaccional, a criança exerce influência no ambiente que a rodeia destacando-se a bidireccionalidade na interpretação de relações pais/filhos. Assim, é o carácter das transacções que se desenvolvem entre a criança e o meio, que parece determinar o curso do desenvolvimento (Veiga, 1995).

No capítulo seguinte iremos abordar as representações, percepções e atitudes maternas e de que forma estas condicionam o comportamento da mãe.

Capítulo 2 - Representações, Percepções e Atitudes Maternas

Verifica-se uma relação sempre que alguém, num determinado contexto, presta atenção a outra pessoa ou participa nas actividades dessa mesma pessoa (Bronfenbrenner, 1979).

Podemos, assim, afirmar que sempre que duas pessoas mãe-bebé prestam atenção uma à outra ou participam em actividades comuns, forma-se uma díade. Para o desenvolvimento de qualquer díade é importante que estas possuam características de reciprocidade (do qual fazem parte a interdependência e a interacção), de equilíbrio de poder e relação afectiva.

Conclui-se, então, que se um elemento da díade a mãe ou o bebé, atravessa um processo de desenvolvimento, o outro também atravessará, produzindo efeitos a nível do desenvolvimento de ambos.

À medida que ocorre a interacção da díade mãe-bebé desenvolvem-se sentimentos nos seus elementos em relação um ao outro, intensificando a relação afectiva entre mãe e filho.

Convém referir que a mãe, após o nascimento do seu bebé, obtém uma nova visão do seu campo psicológico capacitando-se para desenvolver novas actividades relacionadas com o seu novo papel de mãe.

Bronfenbrenner (1979) considera que o processo de desenvolvimento do indivíduo depende da forma como outros elementos (pai, avós, amigos...), presentes nesse contexto favorecem ou destroem as actividades daqueles que interagem com a criança. Os resultados das investigações realizadas por Hetherington (1977 cit. por Bronfenbrenner, 1979) reforçam esta ideia, embora salientem que perturbações no desenvolvimento não devem ser atribuídas somente à possível ausência paterna, mas à alta tensão e falta de sistemas de apoio vivenciados pela mãe e, consequentemente, pela criança.

Quando uma mulher assume e desempenha o papel de mãe esperar-se-á dela um determinado tipo de comportamento, congruente com um certo estatuto. Numa perspectiva ecológica, essa noção é vista por Bronfenbrenner (1979) como um conjunto de actividades e relações esperadas de alguém que ocupa uma determinada posição na sociedade e dos outros em relação a essa pessoa.

Criam-se, assim, expectativas acerca do comportamento do sujeito-mãe para com os outros – o seu bebé, mas também como os outros – o seu bebé actuam em relação a ele – mãe.

Essas expectativas dizem respeito, não só ao conteúdo das actividades desenvolvidas pela mãe, mas também às relações existentes entre ela e o bebé, grau de reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afectiva. Estas, definem-se ao nível da cultura ou subcultura, funcionando a mãe como um elemento do microssistema tendo, no entanto, as suas raízes ao nível do macrossistema.

A Maternidade tem sido objecto de estudo da Antropologia, da Sociologia, da História e da Psicologia, entre outras áreas. No entanto, devido a esta se apresentar como um fenómeno demasiado complexo, nenhuma delas consegue explicar toda a sua dinâmica.

Para podermos entender os aspectos psicológicos da maternidade é necessário enquadrá-la ao nível histórico, antropológico e social, uma vez que ser mãe é encarado de forma diferente de civilização para civilização, dependendo não só das características individuais de cada mulher, mas também, do meio cultural que a rodeia. É em função dos valores e exigências da sociedade que são determinados os papéis do pai, da mãe e da criança.

Segundo Colman e Colman (1994) a reacção da mulher ao parto reflecte os valores da sua cultura e o seu posicionamento face às expectativas dos outros.

Para Badinter (1980), o amor maternal não se encontra inscrito na profundidade da natureza feminina, pois, quando se analisa a evolução das atitudes maternas, nem sempre o interesse e a dedicação se manifestam.

Num mundo onde cada vez mais se valoriza a formação profissional, a maternidade caracteriza-se pela ausência de profissionalização e especialização. Embora a informação possa ser útil e importante, não é imperativo que se leia livros para se ser uma boa mãe ou um bom pai.

As mães não são preparadas para desempenharem o seu papel, no entanto, tudo aquilo que fazem traduz a sua personalidade e depende da relação que estabelecem com a criança (Kitzinger, 1978/1996).

Em qualquer sociedade, os estilos de maternidade ou as práticas de educação são produto da cultura, fazendo parte de um sistema de valores responsáveis pelo significado da família, do que é ser criança, do que é ser homem ou mulher e do papel de pai e de mãe.

Dar à luz uma criança consiste num processo de integração social, não é só um acto privado e isolado, mas algo que fomenta a coesão social. A própria gravidez reflecte toda a vida anterior à concepção, desde as experiências da mulher com as

figuras paternas; as forças que lhe permitiram adaptar-se a este com maior ou menor sucesso e, por fim, a separar-se dos pais, tudo isto influencia a adaptação ao seu novo papel (Brazelton & Cramer 1989/1993).

Actualmente, é aceite que se pode descrever a gravidez normal em três fases: incorporação, diferenciação e separação (Colman & Colman, 1973 cit. por Campos, 2000). Estas três fases comportam um encadeamento de seis tarefas psicológicas: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a geração parental anterior, reavaliar o relacionamento com o parceiro, aceitar o bebé como uma pessoa individualizada e integrar a identidade parental.

Segundo estes dois autores, até ao aparecimento dos primeiros movimentos fetais, no primeiro trimestre da gravidez são trabalhados pela grávida, os conflitos relacionais com a sua mãe. No segundo trimestre, talvez o mais calmo, é elaborado o significado da gravidez no contexto da vida conjugal. No terceiro trimestre aparecem os temas relacionados com a separação e com o parto e é elaborada a separação do bebé.

A fase da incorporação diz respeito ao período de aceitação da gravidez, implicando o ajustamento da mulher às expectativas da maternidade e um trabalho à volta da identidade feminina. A gravidez em termos psicológicos inicia-se quando a mulher tem a noção que está grávida. A fase da diferenciação tem início com a percepção da mãe dos primeiros movimentos fetais. *“A confirmação da vitalidade e independência funcional do feto põe em marcha o processo de autonomização da grávida em relação ao seu bebé”* (Justo 1994, p. 124). Antes da separação biológica, a grávida deve ser capaz de uma separação psicológica do seu bebé, que ocorre nos últimos meses de gravidez. Esta fase de separação tem o seu termo no trabalho de parto.

Trata-se de um período que, embora faça parte de um processo normal de desenvolvimento, implica reestruturações e reajustamentos a várias dimensões. A decisão de ter um filho é resultado de várias motivações conscientes e inconsciente (Gil M. 1998). Após o tempo de gestação, o nascimento quer ao nível físico, quer ao nível psicológico é considerado um momento de transformações, separações e novas ligações.

A maternidade, segundo Kitzinger (1978/1996), é uma actividade multidimensional, bastando para isso, observarmos as diversas manifestações do papel de mãe noutras civilizações. Em civilizações como a nossa, as mães têm a

tendência de se identificarem com as suas progenitoras, imitando os mesmos modelos de educação.

Helene Deutch (1944, cit. por Kitzinger, 1978/1996) refere que todas as mulheres em relação aos filhos repetem a história da sua própria relação com a mãe. O desempenho do seu comportamento materno assemelha-se aos das suas próprias mães. O modo como a mulher vivencia a gravidez e a maternidade pode relacionar-se com dois factores: a componente cultural, que influencia o sentir e o agir da mulher nesses períodos e as características intrínsecas da própria mulher, que tem a ver com as suas características de personalidade.

Na abordagem histórica e antropológica das atitudes maternas não é possível encontrar um comportamento universal e necessário por parte da mãe, mas sim grande variabilidade na sua expressão segundo as suas experiências, a sua cultura, as suas ambições, os seus projectos e o seu funcionamento afectivo-emocional (Correia & Serrano, 1998).

As imagens mentais da maternidade estão ligadas às fases iniciais da relação entre mãe e filho. As experiências vividas pelas mulheres que se tornam mães não diferem muito das mulheres que vivem nas sociedades primitivas. Há como que uma universalidade de experiências.

Winnicott (cit. por Kitzinger, 1978/1996) chamou de *"preocupação maternal primária"* à qualidade dos cuidados dispensados aos filhos nas quatro ou seis primeiras semanas que se sucedem ao parto, tratando-se de um momento de transição onde a mãe se encontra inteiramente disponível para o bebé, ocorrendo vários ajustamentos entre ambos.

O desempenho eficaz dos papéis de maternidade e paternidade depende das exigências desses mesmos papéis, do stress sentido pelos pais e da ajuda e apoio provenientes de outras estruturas (Bronfenbrenner, 1979; Correia & Serrano, 1998).

O ser humano tem necessariamente percepções, sentimentos, expectativas e intenções em relação às situações em que se encontra. A este respeito, Bronfenbrenner (1979) cita Thomas e Thomas: "(...) *If men define situations as real, they are real in their consequences*".

"Quanto mais os pais forem ajudados a sintonizarem-se com as acções e reacções dos seus bebés, melhor serão capazes de desenvolver acções apropriadas e promotoras de desenvolvimento, (...) gerando no bebé

reconhecimento da sua própria competência e facilitando a sua crescente autonomia” (Als, Lester, Tronick & Brazelton, 1982 cit. por Pimentel, 1997, p.152).

Nos últimos anos, tem havido um interesse cada vez maior em se compreender o bebé, bem como em avaliar a adequação dos procedimentos de cuidado na maternidade, dada a crescente constatação da importância das experiências iniciais no desenvolvimento.

Outros autores, têm salientado a importância das percepções e concepções dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, e da influência dos seus sentimentos, atitudes e expectativas sobre a interacção que se vai estabelecendo entre ambos.

É sabido que as representações, as percepções, os sentimentos e as emoções, para além de importantes, afectam toda a relação entre os pais e o bebé, sendo ainda, em número reduzido e muito recentes os trabalhos que abordam o estudo dos processos cognitivos e emocionais da mãe e a interacção que ela estabelece com o seu bebé (Pimentel 1997).

As representações ou percepções fazem parte da dimensão cognitiva (acto de conhecimento), são verídicas e pessoais, pois existem diferenças entre como as coisas são de facto e o que elas representam para cada um de nós.

A concepção que a pessoa tem da realidade é baseada na experiência subjectiva. Assim sendo, a forma como a pessoa percepção a realidade resulta de uma representação única e individual para cada um de nós, sendo esta representação aquela que constituirá a realidade particular de cada indivíduo.

A representação refere-se à subjectividade e é revestida de afectividade. Por exemplo, a palavra bebé pode ser percebida fisiologicamente através dos sentidos (visão se for escrita ou pela audição se for falada). No entanto, terá a sua representação interna tocada pela afectividade e jamais será igual entre as pessoas. As mesmas situações, os mesmos factos e os mesmos acontecimentos podem ser experimentados por um número infinito de pessoas e representados por infindáveis maneiras.

Embora a forma como percebemos a realidade seja diferente para cada um de nós, ela depende de regras comuns de um mesmo sistema cultural que influencia a nossa personalidade e determinados factos vividos.

Todo o ser humano representa de forma única e pessoal a sua realidade, mas sempre ligado à concordância cultural do seu meio. Deste modo, cada ser é o

resultado daquilo que trouxe ao mundo e o que este lhe deu [fenótipo = genótipo + ambiente] (Ballone, 1999).

Se é verdade que é importante a observação objectiva da interacção precoce entre pais e bebé, ela representa apenas uma parte do quadro, pois é essencial tentar entender e perceber todo o significado subjectivo que um bebé tem para os pais. Isto torna-se cada vez mais importante se se pretende determinar as razões pelas quais surgem desvios nas interacções e se se quer apoiar um desenvolvimento saudável do recém-nascido (Brazelton & Cramer, 1989/1993).

Para estes autores, enquanto os estudos objectivos da interacção descrevem o “como” das relações, os estudos de vertente subjectiva das interacções fornecem os “porquês”.

Segundo Brazelton e Cramer (1989/1993), às interpretações subjectivas que os pais fazem da sua relação com os filhos dá-se o título de “*interacções imaginárias*”. Estas surgem a partir das fantasias que os pais constroem à volta de si próprios, dos seus medos e ideais que têm origem na infância.

As contribuições que os pais dão a essas interacções imaginárias identificam-se, geralmente, através do que estes dizem aos filhos sobre o facto de se tornarem pais e sobre a sua vida emocional em geral.

“O que uma pessoa pensa de uma relação pode ser mais importante do que a própria relação” (Hinde, 1976 cit. por Brazelton & Cramer 1989/1993 p. 149). Na sua opinião, o centro de uma relação está mais próxima do conjunto de pensamentos íntimos entre os parceiros do que nos pode parecer.

Para Hinde (1976 cit. por Brazelton & Cramer 1989/1993), as mães sobrestimam sempre a componente de intenção no comportamento infantil, ou seja, as mães não se limitam a dar importância ao que uma criança realmente faz, elas atribuem um enorme significado ao mais pequeno som ou gesto realizado pela criança e é a esse “*significado injectado*” que reagem (Cramer, 1987).

Desde a gravidez e o nascimento, a tudo o que o feto ou a criança faz é-lhe imediatamente atribuído um significado. A importância que a atribuição de significado tem para o desenvolvimento é reconhecida em muitos estudos. A percepção das crianças do seu próprio comportamento será co-determinada por este tipo de atribuição de significado da parte dos pais. Através da atribuição de significado, todo um conjunto de valores, de reforços, de proibições e de emoções

contribui para modelar uma experiência, um comportamento ou um traço característico no repertório da criança.

Quando os pais atribuem significado ao comportamento do bebé, têm a tendência de rotulá-lo de “*bom*”, ou “*mau*”, “*teimoso*” ou “*esperto*” entre outros. Em grande parte, o conceito que as crianças têm de si mesmas será moldado pelas representações, expectativas, ideais, preferências e aversões dos pais.

Tudo isto será transmitido, em grande parte, através dos comentários, dos actos e do mimetismo, que revelam à criança o modo como os pais interpretaram as suas intenções.

Segundo Dunn (1982), é por este processo que a criança aprende a ter intenções. Para Hinde (1976, cit. por Brazelton & Cramer 1989/1993), a sobrevalorização que a mãe faz da componente de intenção no comportamento da criança assemelha-se a uma ilusão. Ou seja as mães não reagem ao lado objectivo do comportamento, mas sim ao significado que lhe dão. Esse significado emerge da sua interpretação pessoal do mundo, do que é bom e mau, do que leva as pessoas a agirem de certa maneira e não de outra. O que influencia neste caso é o mundo subjectivo da mãe, que se baseia na sua história passada, nas suas vivências, nos seus valores.

Essa atribuição de significado deve ser encarada segundo Brazelton e Cramer (1989/1993), como subjectiva e não como ilusória. As contribuições e interpretações subjectivas que os pais dão ao comportamento dos filhos são universais e desempenham um papel muito importante na interacção assumindo um papel importante no seu desenvolvimento normal.

Pois como poderiam as crianças conhecerem-se a si próprias, se não tivessem lido no olhar dos pais o significado do seu comportamento? Como passariam os valores familiares e culturais, de geração em geração, se o processo de atribuição de significado não conferisse a cada parcela do comportamento infantil um valor específico?

A atribuição de significado é considerada uma projecção ou uma identificação projectiva, isto é, cada um de nós transfere para os outros, sentimentos e imagens que não são mais do que seus. Trata-se, não de uma reacção patológica, mas sim de um processo de adaptação social na medida em que, ao atribuímos aos outros sentimentos e pensamentos que vêm de dentro de nós, desenvolvemos um sentimento de empatia e uma sensação de pertencermos à mesma espécie.

Há, no entanto, a salientar que, quando as projecções não têm em conta e descuram a individualidade específica do outro, a distorção da realidade vai interferir na relação. Isto acontece quando projectamos aspectos hostis e agressivos de nós próprios.

Na relação dos pais com o bebé, é possível observar os aspectos adaptativos e destrutivos dessa projecção. Uma parte das projecções serve para construir a relação: o bebé é dotado das características a que os pais atribuem maior valor, sendo recompensado e amado pelos comportamentos que confirmam essa imagem positiva.

Por outro lado, nas projecções patológicas os pais conferem ao bebé características que são totalmente adversas à natureza deste, o que se revela muitas vezes na descrição que fazem dos problemas da criança. Os pais, para além de projectarem imagens de afectos passados e formas de relacionamento, tendem a projectar no filho partes da sua própria psique.

Segundo Brazelton e Cramer (1989/1993), é espantosa a frequência com que os seres humanos tentam ver no mundo exterior características que lhe são próprias. Assim, tudo e todos os que encontramos possuem características que se desenvolveram dentro de nós.

Se é certo que isto pode contribuir para criar um sentimento de familiaridade, uma vez que permite o contacto e a proximidade, pode igualmente tornar-se uma fonte de angústia. Se projectarmos as “*nossas partes más*”, recearemos nos outros aquilo que mais rejeitamos em nós próprios.

No entanto, os processos projectivos fazem parte do funcionamento normal dos indivíduos. Em si mesma, a projecção não é patológica, só passa a sê-lo quando assume características extremas que a tornam perigosa.

Os fenómenos simbióticos e de fusão que foram descritos na criança por Mahler, Pine e Bergman (1975), também podem ocorrer nos pais, pois a empatia, a reciprocidade e subjectividade partilhada assentam na identificação dos pais com o filho e nas fantasias inconscientes que lhe são associadas.

Mahler, Pine e Bergman (1975) encararam esta simbiose como uma primeira fase normal, em que a individualidade da criança evolui a partir deste estado indiferenciado entre pais e filho. Segundo estes autores, é difícil para a mãe desistir dessa simbiose, a menos que ela regresse, em fantasia, à sua própria separação da mãe.

Contudo, esta simbiose não prejudica necessariamente uma leitura objectiva dos sinais da criança, e o respeito pela sua individualidade. Se a mãe possui ainda uma representação mental da criança como fazendo parte de si mesma, encara o comportamento ou os sintomas do seu filho como expressão dos seus próprios sentimentos e fantasias, mas ela consegue ao mesmo tempo, aperceber-se da natureza objectiva do seu bebé.

É importante reconhecer e aceitar esta dupla percepção: por um lado, as crianças são consideradas como parte integrante dos sentimentos e dos pensamentos projectados pelos pais, por outro, os pais conseguem interpretar os sinais do seu bebé com objectividade. O desenvolvimento das crianças é determinado, não só pelas fantasias dos pais como o é pelos seus programas inatos. Estas forças estão em constante permuta e influenciam-se mutuamente; as características inatas da criança (sexo, aspecto físico, capacidade de regulação homeostática, entre outros), configuram as fantasias que os pais desenvolvem acerca dos filhos; as crianças imprimem nas percepções dos pais o selo individual das suas características básicas.

Ao mesmo tempo, os pais moldam o comportamento dos filhos através de reforços e inibições que são mediatizadas pelas suas próprias fantasias, expectativas e conflitos interiores.

Segundo Brazelton e Cramer (1989/1993), as fantasias dos pais podem assumir três das seguintes formas:

- 1 – O bebé como fantasma que representa uma pessoa importante do passado do pai ou da mãe;
- 2 – A relação ressuscita formas de relacionamento passadas;
- 3 – O bebé representa uma parte do inconsciente do pai ou da mãe.

Estas fantasias são universais, é importante não esquecer que nas relações humanas os novos afectos baseiam-se sempre em afectos passados.

Selma Fraiberg e col. (1980) afirmaram a existência de “*fantasmas na maternidade*”. Estes intrusos podem criar uma importante fonte de desajustamento entre o pai ou a mãe e o seu bebé. Os pais não conseguem reagir ou atender aos sinais do seu filho, uma vez que se encontram ocupados a comunicar com o fantasma. Este pode ocupar o espaço todo sem permitir aos pais ver o seu filho tal como ele é, ou pode apenas interferir em determinadas situações como: as refeições, o sono e a disciplina.

Estes parceiros imaginários têm muito de real, pois os pensamentos, as recordações, as percepções e os sentimentos possuem uma existência própria.

Uma das questões que se coloca é: A criança terá a capacidade de ler algumas mensagens que lhe indicam o papel que é suposto desempenhar? Segundo Brazelton e Cramer (1989/1993), a experiência clínica prova que as crianças desempenham, através do seu comportamento, o papel que os pais inconscientemente esperam delas. A mãe que receia que o filho venha a morrer de fome, tem um bebé anoréxico; a mãe que nunca suportou o carácter afirmativo do irmão, tem um filho tirânico. Esta atribuição de papéis é determinante para o desenvolvimento da criança, daí ser importante tentar compreender de que modo as crianças captam aquilo que se espera que elas venham a reproduzir.

Robert Emde (1983, cit. por Brazelton & Cramer 1989/1993) filmou crianças a ler atentamente a expressão facial das mães (naquilo a que chama “*referenciação*”). Estes filmes mostram até que ponto a disposição da mãe afecta o estado emocional e os actos do filho. Esta transmissão de emoções não é um fenómeno subtil e passageiro, pois produz efeitos visíveis no comportamento da criança (Emde & Sorce, 1983 cit. por Brazelton & Cramer 1989/1993).

É importante reconhecer que as crianças são extremamente sensíveis à disposição das pessoas que cuidam delas, e que isso se transmite ao seu próprio comportamento.

Para que uma mãe se sintonize com as necessidades do seu filho, tem de confiar na identificação de partes da sua experiência infantil, agora projectadas no bebé. Ao mesmo tempo, se ela está verdadeiramente disposta a conhecer o seu bebé, tem de se afastar desta identificação e respeitar os seus sinais objectivos e individuais.

Assim, o sucesso de uma mãe depende do equilíbrio entre a identificação projectiva (descoberta de semelhanças) e a leitura objectiva do bebé (percepção das diferenças). Necessitamos tanto das experiências de fusão como da capacidade de distanciação. A tendência dos pais para atribuírem os seus próprios traços psicológicos aos filhos tem muitas variantes. A natureza do que eles projectam também varia imenso.

Enquanto a maioria dos pais tende a ver no filho características ideais, outros projectam as suas características más. O papel da criança deve ser sempre tido em

conta. As características inatas, a aparência física e o sexo da criança podem ajudar a fixar um tipo específico de projecção (Brazelton & Cramer, 1989/1993).

O recém-nascido é envolvido em idealizações: ele é o melhor, o mais belo e o mais esperto e os pais descobrem novos testemunhos destes notáveis talentos em todas as fases do seu desenvolvimento. Isto não só é normal como é indispensável para o processo de ligação.

No entanto, existe sempre um potencial de desapontamento em todos os recém-nascidos, uma vez que nenhum bebé corresponde às fantasias que os pais criam em relação a ele. Deste modo, os traços normais de um bebé também podem suscitar desilusão.

Uma das formas mais importantes de ajustamento depois do nascimento é a necessidade que os pais sentem de se reconciliarem com o filho, e de enterrarem o bebé imaginário e perfeito.

A projecção de determinadas tendências indesejáveis afectará, naturalmente, a interacção pais-bebé neste domínio específico. Os pais reagirão com exagero e desencorajarão ou inibirão no filho o comportamento que corresponde a essas tendências. Isto é visível nos problemas com a alimentação. Quando uma criança é teimosa para comer, a culpa é-lhe muitas vezes atribuída quando, na realidade, revela uma preferência oculta dos pais pela comida.

Presente em todas as relações entre pais e filhos o seu sentimento pelos filhos, o modo como cuidam deles e o estilo de educação que escolhem é fortemente determinado por uma nova representação de modelos enterrados há muito. Se educar um filho é um acto de criação, ele é alimentado pela recriação de experiências há muito esquecidas (Brazelton & Cramer, 1989/1993).

II PARTE - Planificação e Organização Empírica do Estudo

Capítulo 3 – Procedimientos metodológicos

3.1. Introdução

Após o enquadramento teórico efectuado ao longo da primeira parte, iremos apresentar a investigação empírica que integra a presente dissertação.

Em termos de organização optámos por apresentar o nosso estudo de campo em três *Capítulos*. Teremos assim, no *Capítulo 3* a descrição da metodologia que norteou este estudo, seguindo-se o *Capítulo 4* com a apresentação dos estudos de validade e fiabilidade das escalas utilizadas e, por último, o *Capítulo 5* com a apresentação do estudo das relações entre as variáveis, procedendo à discussão das mesmas, confrontando os resultados encontrados.

Até à data da elaboração do nosso estudo não é do nosso conhecimento a existência de instrumentos aferidos para a população portuguesa que permitam avaliar as representações maternas. Como tal, atendendo aos objectivos deste estudo, exceptuando a Escala Mother-Father-Peer (MFP) que foi por nós utilizada, todas as outras - a Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos, a Escala de Apoio Social, o Inventário de Percepção Neonatal e o Inventário do Grau de Incómodo – considerou-se necessário que se efectuasse o estudo psicométrico dessas mesmas escalas para a sua aplicabilidade à população de mães portuguesas. Para tal, foi necessária a sua tradução e algumas alterações dos instrumentos utilizados.

Optámos por efectuar os estudos psicométricos (de fiabilidade e validade) que permitissem a utilização científica dos instrumentos no nosso estudo.

Este tema surge da tomada de consciência da importância dos factores da relação mãe-bebé capazes de influenciar, quer o comportamento interactivo do bebé, quer o comportamento afectuoso da mãe, bem como, as suas representações, percepções e atitudes.

Tendo em conta, a importância das primeiras relações no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança, surge a vontade de conhecer as representações que as mães possuem das capacidades sensório-perceptivas (auditivas e visuais) dos seus bebés. Que diferenças e/ou associações se destacam em relação ao tempo de separação entre a mãe e o recém-nascido após o parto e, ainda, que percepções, atitudes e sentimentos se evidenciam no contexto da relação precoce entre mãe-filho.

Este trabalho, aborda a influência e a relação que os factores internos da mãe, cognitivos (representações, percepções e atitudes) e emocionais (expectativas e sentimentos) têm no seu relacionamento com o seu bebé e no próprio desenvolvimento deste.

Com base na análise das relações entre estas variáveis, espera-se encontrar variabilidade intra-grupo ao nível das representações maternas sobre as características e competências do bebé.

Este estudo longitudinal contemplou dois momentos distintos de avaliação: (1) no primeiro mês pós parto; (2) nos terceiros meses pós-parto.

No primeiro momento de avaliação – 1º mês pós-parto – pretendeu-se avaliar: (1) as representações maternas das competências sensório-perceptivas (auditivas e visuais) do bebé; (2) nível sócio-económico das mães; (3) percepção das mães acerca das dificuldades comportamentais relativas ao bebé neste período; (4) as memórias de infância acerca das relações com os pais e com os pares; (5) os sentimentos maternos e as atitudes educativas das mães relativas a este período, e comparar com os sentimentos e atitudes do terceiro mês pós-parto; (6) a necessidade de vários tipos de ajuda e assistência, relacionando com a necessidade e ajuda do terceiro mês pós-parto.

No segundo momento de avaliação – 3º mês pós-parto – procurou-se examinar: (1) os sentimentos maternos e as atitudes educativas das mães relativas a este período, relacionando e comparando com os sentimentos e atitudes do primeiro mês pós-parto; (2) a necessidade de vários tipos de ajuda e assistência, relacionando com a necessidade e ajuda do primeiro mês pós-parto.

3.2. Método

3.2.1. Participantes

No período compreendido entre Janeiro de 2002 e Fevereiro de 2003, contactámos as 97 mães com bebés com 30 dias de vida residentes no Funchal, foram contactadas telefonicamente com o objectivo de participar neste estudo.

Esta amostra foi recolhida no Centro de Saúde do Bom Jesus, na Região Autónoma da Madeira. Este Centro está localizado no Funchal abrangendo as

seguintes freguesias: Sé, Santa Luzia, São Gonçalo, Santa Maria Maior, São Pedro e Imaculado Coração de Maria.

A amostra inicial, avaliada no primeiro mês de vida do bebé, é constituída por 97 mães. Do conjunto destas, apenas 80 foram reavaliadas quando os seus bebés tinham 90 dias de vida. 17 não aceitaram continuar a participar no estudo, umas manifestando indisponibilidade para participar, outras não aparecendo às entrevistas após repetidas marcações.

3.2.2. Instrumentos

Analisaremos agora os instrumentos utilizados com o objectivo de avaliar os factores cognitivos (representações, percepções e atitudes) e factores emocionais (sentimentos e expectativas) da mãe. Alguns destes instrumentos, que apresentaremos de seguida, foram criados ou adaptados para o nosso estudo:

(1) Questionário (Ver anexo 1)

Procedemos à construção de um questionário que de uma forma objectiva nos permitiu recolher dados sobre a mãe e o bebé, recolhendo o máximo de informação possível, contendo a identificação da mãe; a caracterização familiar sócio-económica e cultural; dados referentes ao recém-nascido; dados relativos à gravidez; história médica; história emocional; parto; conhecimento do bebé; preocupações, expectativas e sentido da realidade.

Com este questionário pretendeu-se sobretudo:

- Aprofundar os sentimentos com que a gravidez foi vivida, nomeadamente se a gravidez foi desejada e se havia preferência pelo sexo do bebé;
- Conhecer o momento em que a mãe sentiu amor pela primeira vez em relação ao seu bebé;
- Percepção da mãe sobre a qualidade e sentimento de apoio e suporte social com o qual pode contar;
- Conhecer as representações maternas sobre a dimensão sensório-perceptiva do bebé, mais especificamente quanto à audição e visão;

- Avaliar a capacidade de previsão e expectativa da mãe sobre o desenvolvimento futuro do seu bebé.

(2) Classificação Social Internacional de Graffar (Ver anexo 2)

Em termos de proveniência social, a caracterização das famílias destes bebés foi realizada através da Classificação Social de Graffar, uma vez que permitiu obter o nível sócio-económico das mães;

(3) Inventário de Percepção Neonatal e o Inventário do Grau de Incómodo (1971) - (Ver anexos 3 e 4)

Esta escala é utilizada para avaliar a percepção que as mães têm dos seus bebés e é constituída por duas partes: – percepção do bebé médio e percepção do seu próprio bebé. Cada uma contém os mesmos 6 itens, cuja resposta se processa de acordo com uma escala de Lickert de 1 a 5 valores (1 – Nada; 5 - Muitas Vezes).

A pontuação total obtida na escala do seu bebé é subtraída ao total da escala do bebé médio. Se o resultado obtido pelas mães for superior àquele obtido na percepção média do bebé, indica que o seu bebé é percebido positivamente e estamos perante um bebé menos difícil do que a média; um resultado negativo indica que temos um bebé percebido como difícil.

Foi administrada por Broussard e Hartner em 1971, a 318 mães após o parto e quando os seus bebés tinham um mês de vida. Estes mesmos autores conceberam um outro instrumento – *Degree of Bother Inventory* (Inventário do Grau de Incómodo) com o objectivo de avaliar as dificuldades sentidas pelas mães em relação aos mesmos comportamentos, relativamente ao choro, ao bolsar, ao sono, à alimentação, à evacuação e cuidados prestados ao seu bebé.

Esta escala apresenta apenas 5 pontos (1- Nada; 5 – Muito) que pretende demonstrar o grau de aborrecimento sentido pelas mães em relação a determinados comportamentos do seu bebé.

Segundo Broussard e Hartner (1971), apenas foi possível obter correlações positivas quando os bebés tinham um mês de vida. Assim, as mães que avaliavam os seus bebés como melhores do que a média, eram aquelas que demonstravam menor grau de aborrecimento do que aquelas que não possuíam essa percepção.

Com as investigações realizadas, estes autores concluíram que, não só ocorrem mudanças na percepção que as mães têm do seu bebé entre o nascimento e o primeiro mês de vida, como também no fim do primeiro mês, em que muitas das mães percebem os seus bebés de modo negativo.

Com o *Inventário de Percepção Neonatal* – NPI e o *Inventário do Grau de Incómodo* pretendeu-se avaliar a percepção da mãe acerca do comportamento do bebé no momento em que este tinha um mês de vida.

(4) Mother-Father-Peer (MFP) - (Ver anexo 5)

Esta escala foi construída originalmente por Epstein (1983) para investigar as memórias de infância acerca das relações com os pais e com os pares. Pedro Lopes dos Santos, Ana Paula Silva e Ana Maria Sousa, ambos da Universidade do Porto apresentaram a versão portuguesa da escala, tendo sido examinadas algumas das suas propriedades psicométricas.

Nesta escala é possível distinguir a presença de dois factores nas sub-escalas de interacção materna e paterna: o primeiro, representando a dimensão de Aceitação/Rejeição e o segundo, a dimensão de Encorajamento da Independência/Sobreprotecção. Em relação à sub-escala de relação com os pares, os resultados obtidos sugerem a necessidade de se discriminar um factor de Aceitação Activa de um factor de Aceitação Passiva. A análise da consistência interna dos itens indicou um bom nível de fidedignidade dos próprios itens da escala.

A importância da aplicação desta escala prende-se com o facto das experiências relacionais vividas na infância terem um peso marcante no desenvolvimento futuro do indivíduo, já que distúrbios ocorridos nas primeiras relações podem desencadear desordens de comportamento ou de desenvolvimento, no futuro.

Segundo Bowlby (1980 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995), as transacções interpessoais estabelecidas na infância são interiorizadas pelo indivíduo sob a forma de modelos representacionais. Essas representações constituem um sistema gerador de significados, através do qual o indivíduo se avalia a si próprio, prevê comportamentos e promove as trocas interactivas.

Os modelos representacionais surgem como esquemas pré-simbólicos que regulam a acção e a economia dos afectos (Stern, 1989 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995).

Embora os modelos representacionais da relação tenham um carácter não verbal, uma vez se tratar de uma experiência subjectiva, individual e inexplicável, possuem, também, uma dimensão verbal capaz de ser comunicada e partilhada socialmente. Apesar de nessa passagem poderem surgir elementos de deformação, tais como, mecanismos de defesa, dados da investigação, parece que os conteúdos narrativos podem oferecer aproximações razoáveis aos modelos internos.

Algumas abordagens mostram-nos que as memórias da infância, pesquisadas mediante o método da entrevista ou do questionário, estão relacionadas com vários aspectos da organização da personalidade e do comportamento social (e.g., Buri, 1989; Gegas & Schwalbe, 1986; Hopkins & Klein, 1994; Soares, 1992; Thomas & Raj, 1985 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995).

Epstein (1983, cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995), reconhecendo o valor prognóstico das recordações infantis, elaborou um questionário destinado a avaliar as memórias do adulto, referentes às relações que, em criança, manteve com os pais e os pares.

A escala *Mother-Father-Peer* (MFP) demonstrou a sua capacidade preditiva em relação a fenómenos como a conduta das mães no âmbito das interacções com os seus bebés (Biringen, 1990; Jacobvitz, Morgan, Kretchmar & Morgan, 1992 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995) ou a respeito de variáveis do funcionamento pessoal como a força e plasticidade do eu, o nível de auto-estima, o grau de neuroticismo, a organização das emoções primárias e o temperamento (Epstein, 1983 e 1989 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995).

Este instrumento consiste num questionário composto por 56 itens cuja resposta se processa de acordo com uma escala de *Lickert*. Cada um dos seus itens consta de uma proposição, em relação à qual o sujeito deverá indicar o grau de acordo que mantém com ela, atribuindo-lhe uma pontuação variável entre 1 e 5 valores (1- desacordo total; 5- acordo total).

O conteúdo dos itens tem por finalidade activar aspectos das memórias infantis que se encontram ordenados segundo três grandes sub-escalas: uma, que diz respeito à relação mantida pela mãe (23 itens), outra referente à relação com o

pai (23 itens) e, por último, à relação com os pares (10 itens). Os itens da primeira sub-escala são literalmente reproduzidos na segunda, diferindo apenas o cabeçalho que, num caso, diz respeito às recordações relativas à figura materna e, no outro, à figura paterna.

No que diz respeito às memórias da relação com o pai e a mãe são propostas duas categorias para o agrupamento dos itens:

- *Encorajamento da independência/sobreprotecção*, que indica até que ponto, durante a infância do sujeito, os pais aceitavam ou encorajavam a independência e promoviam o desenvolvimento da auto-determinação, em oposição às atitudes de sobreprotecção, de preocupação excessiva com a saúde e segurança ou às dificuldades que tinham em ajudar o(a) filho(a) a funcionar autonomamente.
- *Aceitação/rejeição*, indica até que ponto os pais transmitiam amor, aceitação e apreciação pelo sujeito, em oposição à sensação de ter sido considerado como um indivíduo indesejado, incómodo, fonte de infelicidade ou de desapontamento.

Relativamente aos pares, é apenas considerada uma categoria de ordenação dos itens:

- *Aceitação/rejeição*, definida como o grau em que o sujeito se experimentou, enquanto criança, como um indivíduo aceite, respeitado, admirado e desejado pelos pares, em oposição com o grau percebido de rejeição, desrespeito e evitamento.

Na elaboração dos resultados para as respostas serem tratadas quantitativamente, as pontuações dadas pelos sujeitos a cada item foram utilizadas, invertendo as notas nas situações em que os pontos mais elevados pendiam para o lado da rejeição (caso dos itens 10, 13, 14, 15, 22, 33, 36, 37, 38, 45, 48, 50, 55 e 56) ou da sobreprotecção (itens 3, 4, 7, 12, 16, 19, 26, 27, 30, 35, 39 e 42).

Segundo o estudo da versão portuguesa da escala MFP, este instrumento revelou possuir propriedades métricas permitindo a sua utilização adequada, já que apresenta um bom nível de consistência interna.

Podemos afirmar, com toda a segurança, que as sub-escalas de interacção com a mãe e com o pai possuem duas dimensões: uma de aceitação/rejeição e outra de encorajamento da independência/sobreprotecção. Em relação à sub-escala

de interacção com os pares, os itens referem-se a duas dimensões: uma de aceitação activa e outra de aceitação passiva.

Os itens deste instrumento têm por objectivo activar as memórias de infância dos sujeitos, uma vez que avaliam os modelos relacionais internos na sua modalidade narrativa. Sabe-se, no entanto, que pode não haver correspondência entre os conteúdos operativos destes modelos e as representações narrativas (Stern, 1989 cit. por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995), consistindo numa limitação do instrumento que, eventualmente, se irá reflectir na perda de algum valor preditivo.

(5) Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos (Ver anexo 6)

A escala *Maternal Child-Care Attitudes and Feelings* – EMKK de Codrenou (1984, citado por Engfer & Gavranidou, 1986 & Alonso, 1991 cit. por Pimentel 1997) é uma escala de auto-avaliação construída para avaliar os sentimentos maternos e as atitudes educativas de mães de bebés e crianças em idade pré-escolar. Esta escala foi aplicada inicialmente a uma amostra de 170 mães, num estudo longitudinal com mães e bebés seguidos desde o nascimento até aos 18 meses (Engfer & Gavranidou, 1986 cit. por Pimentel 1997).

A escala original consta de 121 questões, abrangendo nove dimensões:

- **Satisfação com a criança** – descreve sentimentos de eficácia e interesse pelo bebé;
- **Rigidez** – descreve sentimentos em que os princípios e regras educativas se sobrepõem às necessidades da criança;
- **Sobrecarga** – descreve sentimentos de raiva e impaciência decorrentes da exaustão;
- **Tendência para castigar** – descreve atitudes de poder e afirmação através do castigo;
- **Frustração** – descreve sentimentos de desencanto face ao papel maternal e cansaço que o acompanha;
- **Ansiedade excessiva** – descreve sentimentos quase irracionais de medo do que possa acontecer ao bebé;
- **Inversão de papéis** – descreve sentimentos de expectativa do afecto que receberá da criança, centrados nas necessidades da própria mãe;

- **Infância infeliz** – descreve sentimentos relativos ao passado da mãe enquanto filha;
- **Tendência depressiva** – descreve sentimentos de exaustão emocional, dúvidas sobre as suas competências e isolamento (Pimentel 1997).

Este instrumento possui uma estrutura que obedece à escala tipo *Likert* de 5 pontos: Completamente Falso/Discordo Completamente, até Completamente Verdadeiro/Concordo Completamente, correspondendo a pontuação mais elevada a maior intensidade nas atitudes e sentimentos avaliados em cada sub-escala, contendo um significado diferente - positivo ou negativo – consoante o sentimento que está a ser avaliado.

Segundo Engfer e Gavranidou (1986, cit. por Pimentel 1997), os resultados obtidos em algumas das sub-escalas, aos 4 e 18 meses, tiveram correlação significativa com a sensibilidade das mães às necessidades dos bebés avaliados por médicos e enfermeiras na maternidade: *“As mães que foram julgadas menos sensíveis (...) estão mais ocupadas com regras e princípios que regem os horários de alimentação do que com as necessidades dos seus bebés (...) consideram o castigo como um meio de os disciplinar (...) demonstram uma preocupação e ansiedade excessiva com o seu bem estar e saúde (...) expressam expectativas irrealistas de que o bebé preencherá as suas necessidades de amor (...) sentem-se exaustas, nervosas e sozinhas para prestar os cuidados ao bebé”* (Engfer & Gavranidou, 1986 p. 11 cit. por Pimentel 1997).

As correlações encontradas entre estes sentimentos e a falta de sensibilidade às necessidades do bebé, à excepção dos sentimentos depressivos e de exaustão, são ainda mais elevadas aos 18 meses, permitindo concluir que a avaliação da sensibilidade materna pode predizer as atitudes e sentimentos maternos aos 4 e 18 meses pós-parto (Pimentel 1997).

Deste instrumento utilizado, apenas foram escolhidas quatro das nove dimensões da escala original, uma vez que, era relevante para o nosso estudo as escalas que permitiam avaliar a situação actual da mãe e eventuais dificuldades que esta pudesse sentir no processo de adaptação à situação do seu bebé. O número de itens utilizados foi reduzido em cada dimensão.

(6) Escala das Funções de Apoio (Ver anexo 7)

Trata-se de um instrumento adaptado de C. J. Dunst, C. M. Trivette e A. G. Deal (1988), retirado do livro *“Enabling and Empowering Families Principles and Guidelines for Practice”* (p. 145 e 146).

A escala de suporte social mede a necessidade que os pais têm de vários tipos de ajuda e assistência. Os itens desta escala foram seleccionados a partir de várias entrevistas realizadas a pais com filhos em idade pré-escolar. Era-lhes solicitado que indicassem tudo aquilo que consideravam como ajuda e de suporte social. Após uma análise detalhada, foi possível identificar cerca de 20 tipos de diferentes atitudes, comportamentos e práticas.

Existem duas versões desta escala, uma mais extensa que possui 20 itens e uma mais curta com apenas 12 itens que foi a utilizada neste estudo. Este instrumento possui uma estrutura que obedece à escala tipo *Likert* de 5 pontos. Cada um dos seus itens consta de uma proposição em relação à qual o sujeito deverá indicar o grau de ajuda que melhor descreve as suas necessidades, atribuindo-lhe uma pontuação variável entre 1 e 5 valores (1- nunca; 5- quase sempre).

Com o objectivo de avaliar se a ajuda eficaz tinha um carácter unidimensional ou multidimensional, os 20 tipos de atitudes, comportamentos e práticas identificados foram usados para gerar um capital de 40 índices possíveis relativos aos vários tipos de práticas de apoio. Os 40 itens constituíram a base da *“Helpgiving Practice Scale”* (Escala das Práticas de Ajuda) de Trivette e Dunst, 1994.

Estes resultados são consistentes com a outra evidência que indica que diferentes componentes do domínio do suporte social afectam a saúde e o bem-estar.

Este estudo longitudinal contemplou dois momentos distintos de avaliação: (1) no primeiro mês de vida do bebé; (2) no terceiro mês de vida do bebé.

No primeiro momento de avaliação – primeiro mês de vida do bebé procurou-se examinar através:

(1) *Questionário* – contém diversos dados sobre a mãe e o bebé de forma a recolher o máximo de informação possível, a identificação da mãe; a caracterização familiar sócio-económica e cultural; dados referentes ao recém-nascido; dados

relativos à gravidez; história médica; história emocional; parto; conhecimento do bebé; preocupações, expectativas e sentido da realidade;

(2) *Classificação Social Internacional de Graffar* – Identifica o nível sócio-económico dos pais;

(3) *Inventário de Percepção Neonatal* – retrata a percepção da mãe sobre o bebé em geral e do seu bebé no primeiro mês de vida;

(4) *Inventário do Grau de Incómodo* – revela a percepção da mãe sobre o bebé em relação ao choro, ao bolsar, ao sono, à alimentação, à evacuação e cuidados prestados ao seu bebé;

(5) *Mother-Father-Peer (MFP)* – as memórias de infância acerca das relações com os pais e com os pares;

(6) *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* – a situação actual da mãe e eventuais dificuldades que esta possa sentir no processo de adaptação à situação do seu bebé;

(7) *Escala das Funções de Apoio* – foi usada para avaliar a percepção da mãe face à necessidade de apoio social.

No segundo momento de avaliação – terceiro mês de vida do bebé procurou-se examinar e comparar:

(1) *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* – a situação actual da mãe e eventuais dificuldades que esta possa sentir no processo de adaptação à situação do seu bebé no terceiro mês de vida;

(2) *Escala das Funções de Apoio* – percepção da mãe face à qualidade do apoio social no terceiro mês de vida do bebé.

3.2.3. Procedimentos

O primeiro contacto com as 97 mães e seus bebés com um mês de vida ocorreu telefonicamente, sendo o número obtido através da base de dados do Centro de Saúde. As mães eram informadas sobre os objectivos do estudo e, caso aceitassem participar, era então marcada a data da entrevista e a hora, ocorrendo esta no 6º Piso do Centro de Saúde do Bom Jesus - Funchal.

Embora não tivéssemos conservado os registos das mães que se recusaram a participar, estamos no entanto em posição de garantir que estes casos ocorreram em número muito insignificante. Em contacto directo com as mães, era-lhes então explicado de forma mais detalhada os objectivos do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

Após a obtenção do acordo das participantes, foram administrados os questionários relativos ao primeiro momento de avaliação.

No segundo momento de avaliação, as 97 mães foram de novo contactadas telefonicamente quando os seus bebés tinham três meses de idade; 80 mães aceitaram continuar a participar neste estudo.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se a versão 12.0 para Windows do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Capítulo 4 - Estudo das Propriedades Métricas de alguns Instrumentos usados no âmbito do Estudo

A informação sobre a qual repousam as nossas análises baseia-se nas respostas maternas a diferentes questionários. Entre os instrumentos usados, dois suscitavam um estudo prévio que esclarecesse as respectivas propriedades métricas e, consequentemente, a sua aplicabilidade no âmbito deste estudo. Referimo-nos, concretamente, à *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* e à *Escala das Funções de Apoio*. Dada a natureza de ambas as escalas, que permitem obter scores a partir do somatório das pontuações atribuídas a vários itens, era indispensável dispormos da garantia de que esses resultados preenchiem critérios razoáveis de sensibilidade, fidedignidade e validade. Se em relação ao questionário *MFP* tal avaliação tinha já sido feita junto de uma amostra portuguesa (Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995), o mesmo já não se passava com aqueles. No que respeita à *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*, elaborámos uma versão directamente inspirada no instrumento de Codrenou (1984), reduzindo, porém, o número de itens e reconhecendo dimensões não inteiramente sobreponíveis. A respeito da *Escala das Funções de Apoio*, trabalhámos com a tradução de um questionário construído por Dunst, Trivette e Deal (1988) que –tanto quanto sabemos– era, pela primeira vez, usado na nossa realidade nacional. O mesmo se passou em relação ao *Inventário de Percepção Neonatal* e ao *Inventário do Grau de Incómodo* idealizados por Broussard e Hartner (1971). Assim, este capítulo –de carácter marcadamente preambular– examinará as propriedades métricas dos instrumentos mencionados.

1- Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos

Conforme tivemos ocasião de explicitar, este instrumento foi elaborado a partir de um questionário originalmente adaptado ao contexto da cultura anglo-saxónica. Depois de traduzido, procedemos ao estudo do seu conteúdo, modificando pontualmente certos itens, eliminando outros. Da mesma forma, esperávamos que os itens seleccionados para a versão a aplicar se agrupassem de acordo com um modelo tetradimensional (e não pentadimensional como sucede com o instrumento que nos serviu de inspiração). Tratando-se, afinal, de uma “nova” escala, importava avaliar as suas características. Para tal, o questionário foi

aplicado a um grupo de 360 mães com bebés cujas idades variavam entre os 30 e os 90 dias. Os dados que, aqui, reportaremos têm como base essa amostra.

Sensibilidade dos itens

Um fenómeno de natureza psicológica será *sensivelmente* apreendido pelo dispositivo que o pretende medir quando as mensurações efectuadas captam, consistentemente, a sua variabilidade. Por conseguinte, na avaliação da sensibilidade de qualquer escala intervalar, a ponderação dos valores de assimetria e curtose das distribuições adquire importância fundamental.

Uma distribuição com elevado nível de assimetria caracteriza-se por ter a maioria dos efectivos concentrados acima ou abaixo da média. Tal facto, pode implicar uma redução significativa do seu nível de variabilidade. Do mesmo modo, a existência de uma curtose positiva de grande amplitude configurar-se-á, também, como dado potencialmente problemático. De facto, a noção de curtose está relacionada com o nível de elevação ou de achatamento da curva de distribuição dos resultados. Quando o seu valor é negativo, verifica-se uma larga dispersão dos casos pelo espaço de variação amostral, resultando daí uma curva platicúrtica (de forma "*achatada*"). Se estivermos, pelo contrário, face a um coeficiente positivo, isso significa que há uma aglomeração dos efectivos junto da média, originando-se uma curva de tipo leptocúrtica (morfologicamente "*afunilada*"). Entende-se, pois, que uma curtose negativa não é de molde a lesar a variabilidade inerente à distribuição, ao passo que uma curtose de valor positivo pode afectá-la significativamente.

A partir destas considerações apreciamos, agora, o **quadro 1** onde se mostra a variação, as médias, os valores do desvio padrão, as medidas de assimetria e de curtose dos itens da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*.

Quadro 1. Indicadores de sensibilidade dos itens da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*.

Itens ¹	Média	D. P.	Variação	Assimetria	Curtose
1. Não tenho um minuto de descanso	2.14	0.86	1-5	0.44	-0.29
2. Desde o parto fiquei muito mais nervosa	2.46	1.06	1-5	0.66	-0.26
3. Estou sempre com medo que possa suceder algo com o meu filho/a	3.63	1.03	1-5	-0.59	-0.02
4. Desde que nasceu sinto-me interiormente tensa	2.59	0.97	1-5	0.46	-0.41
5. Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento	2.35	1.11	1-5	0.55	-0.60
6. Estou feliz porque já vi que aprende coisas novas	4.39	0.67	2-5	-1.12	1.98
7. Às vezes perco a calma mesmo com pequenas coisas	2.56	0.89	1-5	0.43	-0.34
8. Nos últimos tempos choro mais vezes	2.36	1.07	1-5	0.43	-0.52
9. Nunca pensei que a vida com o bebé fosse tão cansativa	2.14	0.89	1-4	0.49	-0.44
10. Sinto-me completamente só com os meus problemas	2.00	0.91	1-5	1.15	1.38
11. Ninguém se lembra que também preciso de apoio	2.42	1.04	1-5	0.62	-0.18
12. Às vezes não suporto o meu bebé	1.30	0.53	1-4	1.72	3.13
13. Levanto-me muitas vezes de noite só para ver se respira	3.83	1.09	1-5	-0.58	-0.36
14. Sinto-me exausta	2.74	0.94	1-5	0.24	-0.14
15. Às vezes penso que posso perdê-lo	2.78	1.02	1-5	-0.05	-0.56
16. É um alívio quando está a dormir	2.63	1.03	1-5	0.01	-0.82
17. Às vezes nem consigo dormir só de pensar que lhe pode acontecer algo	2.54	1.04	1-5	0.47	-0.51
18. Desde que nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer	2.24	0.81	1-5	0.49	0.14
19. Acho que o bebé se sente bem comigo	4.45	0.52	3-5	-0.01	-1.55
20. Dá-me imenso prazer brincar com o bebé	4.64	0.52	3-5	-1.01	-0.13

¹ Embora conservando o sentido dos conteúdos, a redacção dos itens não corresponde, necessariamente à formulação original.

Conforme se pode verificar, na maior parte dos casos, as respostas dispersam-se de acordo com um leque que aproveita todo o espaço de variação

possível. Exceptuam-se os itens 9 e 12 nos quais não se verificou qualquer efectivo com a pontuação máxima, bem como os itens número 6, 19 e 20 onde a nota mínima está ausente. Por outro lado, os coeficientes de assimetria –uns negativos outros positivos–, possuem, na esmagadora maioria, valor inferior a ± 1.00 , não se constatando nenhum que tivesse ultrapassado o limite de ± 2.00 . No que diz respeito às medidas de curtose, o panorama parece genericamente similar. A única situação discrepante é a do item 12 cuja curtose se eleva acima de $+3.00$. Tal constatação sugere que a variabilidade das respostas a ele fornecidas é mais reduzida.

Em jeito de conclusão, poderemos dizer que, de forma geral, os itens da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* apresentam uma sensibilidade satisfatória, apesar de um deles (o nº 12) revelar, aparentemente, menos capacidade para diferenciar os respondentes.

Estrutura factorial e sub-escalas do questionário

Quando seleccionámos os itens do questionário, era nossa expectativa que eles seriam agrupáveis de acordo com quatro dimensões ou sub-escalas. Uma traduziria, directamente, o nível de satisfação com a criança; outra diria respeito aos sentimentos de sobrecarga trazidos pela maternidade; a seguinte reflectiria os receios de perder o(a) filho(a); finalmente, a última assinalaria a ressonância depressiva associada ao exercício do papel materno. O **quadro 2** refere as quatro dimensões com menção aos itens que em cada uma se agrupariam.

Em ordem a apreciarmos a validade empírica de tal agrupamento, examinámos, primeiro, até que ponto a matriz de correlação entre os itens possuía características susceptíveis de confirmarem a sua factoriabilidade. Caso esse atributo fosse observado, propunhamo-nos ver, depois, em que medida seria possível identificar, a partir dela quatro dimensões sobreponíveis à ordenação esperada.

Quadro 2. Agrupamento dos itens nas quatro dimensões

Ordenação apriorística dos itens nas quatro dimensões¹	
Dimensão 1. Satisfação com a criança	Estou feliz porque já vi que aprende coisas novas Às vezes não suporto o meu bebé ² Acho que o bebé se sente bem comigo Dá-me imenso prazer brincar com o bebé
Dimensão 2. Sentimento de sobrecarga	Não tenho um minuto de descanso Nunca pensei que a vida com o bebé fosse tão cansativa Sinto-me exausta É um alívio quando está a dormir Desde que nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer
Dimensão 3. Medo de perder a criança	Estou sempre com medo que possa suceder algo com o meu filho/a Levanto-me muitas vezes de noite só para ver se respira Às vezes penso que posso perdê-lo Às vezes nem consigo dormir só de pensar que lhe pode acontecer algo
Dimensão 4. Tendência depressiva	Desde o parto fiquei muito mais nervosa Desde que nasceu sinto-me interiormente muito tensa Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento Às vezes perco a calma mesmo com pequenas coisas Nos últimos tempos choro mais vezes Sinto-me completamente só com os meus problemas Ninguém se lembra que também preciso de apoio

¹ Embora conservando o sentido dos conteúdos, a redacção dos itens não corresponde, necessariamente à formulação original.

² Para que possa ser contabilizado enquanto "Satisfação com a criança" a pontuação deverá ser, obviamente, invertida.

Tendo em conta aqueles propósitos, procedemos à análise factorial dos resultados, recorrendo ao método das Componentes Principais. A ponderação de indicadores estatísticos como a determinante matricial ($D = .001$), o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .845$), as medidas de adequação da amostra (MSA) relativas a cada item (valores situados entre .908 e .741) a que se juntam os resultados do

teste de esfericidade de Bartlett ($X^2= 3238.726$; $P=.000$) suportam, pela positiva, a tese da factoriabilidade dos *rs* obtidos.

Considerando os propósitos orientadores das nossas análises, forçámos a extracção de quatro factores. Como o **quadro 3** ilustra, a solução encontrada explica, cumulativamente, cerca de 77% da variância total dos resultados, cabendo à primeira componente justificar 29.59% dessa mesma variância.

Quadro 3. Componentes extraídas e percentagens da variância explicada

Componentes	Valor próprio (Eigenvalue)	Percentagem da variância	Percentagem cumulativa
Componente 1	5.92	29.59%	29.59%
Componente 2	2.22	11.09%	40.68%
Componente 3	1.46	7.29%	47.97%
Componente 4	1.37	6.86%	54.83%

Procedemos, seguidamente, à rotação oblíqua da matriz factorial pelo método Oblimin Directo com a normalização de Kaiser. Definido o valor mínimo de .40 como critério de inclusão das variáveis para a interpretação dos factores, verificamos a partir da análise da Matriz Padrão (*Pattern Matrix*) que a estrutura de saturação dos itens nas diversas componentes é, formalmente, bastante satisfatória. De facto, conforme o **quadro 4** mostra, nenhum deles deixa de cumprir o critério de inclusão acima enunciado. Além disso, revelam todos grande especificidade saturando, ao nível requerido, um e apenas um factor.

Se tomarmos como referência o agrupamento definido *a priori*, observaremos que a solução factorial revela uma configuração semelhante à esperada. Assim, os itens que, em princípio, avaliariam a satisfação com a criança saturam mais fortemente o factor 2, os referentes ao sentimento de sobrecarga reúnem-se no factor 4, os do medo de perder a criança no factor 3 e os da ressonância depressiva no factor 1.

Parece, assim, legitimar-se a inclusão dos itens em quatro sub-escalas que doravante designaremos como (1) *Ressonância Depressiva Relacionada com a*

Maternidade, (2) Satisfação com a Criança, (3) Medo de Perder a Criança e (4) Sentimento de Sobrecarga Associado à Maternidade.

Quadro 4. Saturação dos itens nos vários factores.

Itens¹	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1. Não tenho um minuto de descanso	.037	.052	.000	.683
2. Desde o parto fiquei muito mais nervosa	.647	.068	-.170	.081
3. Estou sempre com medo que possa suceder algo com o meu filho/a	.126	.079	-.705	.048
4. Desde que nasceu sinto-me interiormente muito tensa	.666	-.021	-.233	-.011
5. Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento	.650	.065	-.085	.240
6. Estou feliz porque já vi que aprende coisas novas	-.110	.677	-.160	.063
7. Às vezes perco a calma mesmo com pequenas coisas	.780	.053	.237	.048
8. Nos últimos tempos choro mais vezes	.702	-.156	-.170	-.162
9. Nunca pensei que a vida com o bebé fosse tão cansativa	.191	-.127	.103	.603
10. Sinto-me completamente só com os meus problemas	.489	-.209	-.067	.087
11. Ninguém se lembra que também preciso de apoio	.542	-.084	-.043	.040
12. Às vezes não suporto o meu bebé	-.073	-.544	.024	-.184
13. Levanto-me muitas vezes de noite só para ver se respira	.083	.178	-.722	-.044
14. Sinto-me exausta	.329	.097	.046	.648
15. Às vezes penso que posso perdê-lo	.047	-.056	-.629	.021
16. É um alívio quando está a dormir	-.030	-.094	-.050	.675
17. Às vezes nem consigo dormir só de pensar que lhe pode acontecer algo	-.049	-.170	-.790	.118
18. Desde que nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer	-.171	-.045	-.149	.753
19. Acho que o bebé se sente bem comigo	.031	.817	.039	.029
20. Dá-me imenso prazer brincar com o bebé	.040	.839	.063	-.058

¹ Embora conservando o sentido dos conteúdos, a redacção dos itens não corresponde, necessariamente à formulação original.

Em termos de resultados brutos, os scores para cada escala obter-se-ão através da soma das pontuações dos itens a ela pertencentes. Importa, contudo, salientar que no caso da *Satisfação com a Criança* os pontos do item 12 deverão ser contabilizados por ordem inversa de forma a que o seu contributo seja coerente com as restantes pontuações dessa mesma sub-escala.

Sensibilidade e consistência interna das sub-escalas do questionário

Procurámos avaliar os indicadores de sensibilidade destas quatro sub-escalas. A leitura dos dados referidos no **quadro 5**, permite constatar que o somatório dos itens em cada uma delas define um considerável espaço de variação entre os valores máximo e mínimo.

Quadro 5. Variação, média, desvio padrão, e coeficientes de assimetria e de curtose.

Sub-escalas	Variação	Média	D.P.	Assimetria	Curtose
Ressonância depressiva	7 – 33	16.74	4.97	0.48	-0.01
Satisfação com a criança	14 – 20	17.74	1.78	-0.09	-0.44
Medo de perder a criança	4 – 20	12.58	3.19	-0.27	-0.19
Sentimento de sobrecarga com a maternidade	5– 20	11.89	3.26	0.16	-0.48

Os coeficientes de assimetria e de curtose não chegam em caso algum a superar o nível de ± 1.00 , sugerindo que os resultados se distribuem, em todas as escalas, dentro de um espaço de variação susceptível de captar com sensibilidade satisfatória as diferenças entre as respostas dos vários membros da amostra.

A fidedignidade constitui uma característica crucial de qualquer sistema de avaliação. Este conceito diz respeito ao grau de consistência verificável entre medidas múltiplas de uma variável. A literatura sugere diversos procedimentos para aferir o atributo em causa. Um dos métodos mais utilizados para determinar o grau de fidedignidade das escalas é o cálculo do coeficiente alpha de Cronbach. Este coeficiente, referido como *coeficiente de consistência interna*, avalia a coerência das respostas dadas pelos membros da amostra aos diversos itens de uma escala. Admite-se, genericamente, que o limite mínimo aceitável do coeficiente alpha é de

.70, apesar de nas investigações de carácter exploratório esse valor poder diminuir até .60 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998).

O **quadro 6** mostra o valor dos coeficientes alpha para as quatro escalas do questionário, calculados a partir das respectivas matrizes de covariância.

Quadro 6. Coeficientes alpha nas quatro escalas do questionário.

Ressonância Depressiva	Satisfação com a Criança	Medo de perder a Criança	Sentimento de Sobrecarga
.83	.74	.74	.77

Verifica-se que nas quatro das escalas os alpha não se situam abaixo do valor crítico acima mencionado. Importa, aqui, notar que estas escalas integram apenas entre 4 e 7 itens. Ora, conforme Hair *et al.* (*op. cit.*) salientam há uma relação positiva entre os valores do alpha de Cronbach e o número de itens das escalas. Quer isto dizer que, para a dimensão das escalas, os coeficientes obtidos são aceitáveis.

Intercorrelações entre os resultados das sub-escalas

Face ao conteúdo das sub-escalas é de esperar que as relações entre elas tenham configuração bem definida. Sob o ponto de vista conceptual, torna-se lógico pensar que:

- 1- Os scores das diferentes escalas estejam, na esmagadora maioria, correlacionados significativamente;
- 2- Se observem, particularmente, coeficientes de correlação positivos entre a *Satisfação com a Criança* e o *Medo de Perder a Criança* bem como entre a *Ressonância Depressiva Relacionada com a Maternidade* e o *Sentimento de Sobrecarga Associado à Maternidade*;
- 3- Se constatem coeficientes de correlação negativos entre os resultados na escala de *Satisfação com a Criança* e os da *Ressonância Depressiva Relacionada com a Maternidade* ou do *Sentimento de Sobrecarga Associado à Maternidade*.

O **quadro 7** revela que estes prognósticos foram plenamente confirmados pela análise estatística.

Quadro 7. Matriz de correlações (*r* de Pearson) entre as escalas do questionário.

	Ressonância Depressiva	Satisfação com a Criança	Medo de Perder a Criança	Sobrecarga com a Maternidade
Ressonância Depressiva	1.000			
Satisfação com a Criança	-.401*	1.000		
Medo de Perder a Criança	.000	.452*	1.000	
Sobrecarga com a Maternidade	.678*	-.619*	-.154	1.000

* P= .000

Tal verificação constitui, seguramente, um indicador da validade do instrumento.

Síntese dos resultados

A *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* constitui uma versão adaptada e modificada de um instrumento testado junto de uma população de mães não portuguesas. Embora vários dos seus itens tivessem sido traduzidos e conservados no questionário por nós utilizado, a verdade é que foram introduzidas alterações substanciais, sendo esperado que os resultados se organizassem de acordo com uma outra estrutura dimensional. A partir da análise das componentes principais, identificámos quatro sub-escalas cujas relações entre si revelaram ser conceptualmente consistentes. Da mesma forma, os indicadores estatísticos mostraram que os itens e as escalas propriamente ditas possuíam sensibilidade satisfatória. Os coeficientes de consistência interna apresentaram, também, valores minimamente aceitáveis. Podemos, por conseguinte, assumir que as características dos instrumentos são apropriadas à sua utilização no quadro desta nossa pesquisa, não se constituindo como fonte significativa de enviezamento.

2- Escala das Funções de Apoio

A *Escala das Funções de Apoio* é, como já tivemos oportunidade de referir, a versão portuguesa de um questionário construído nos Estados Unidos (Dunst, Trivette & Deal, 1988). Composto por um total de 12 itens, importava averiguar até que ponto este instrumento estava adaptado à população que pretendíamos estudar. Para tal examinámos as suas características psicométricas, a partir dos resultados obtidos junto de uma amostra de 120 mães cujos filhos tinham entre 30 e 90 dias de vida. Apresentaremos, aqui, dados referentes à sensibilidade dos itens e da escala, consistência interna e estrutura factorial.

Sensibilidade dos itens

O **quadro 8** mostra para cada item a variação, a média, o desvio padrão e os valores dos coeficientes de assimetria e de curtose.

Quadro 8. Indicadores de sensibilidade dos itens da *Escala das Funções de Apoio*.

Itens ¹	Média	D. P.	Variação	Assimetria	Curtose
1. Alguém em quem confie e fale das coisas a que preocupam	3.11	0.89	1-5	-0.06	0.45
2. Alguém que ajude a tomar conta do(a) filho(a)	2.81	1.05	1-5	0.13	-0.22
3. Alguém com quem falar sobre a educação do(a) filho(a)	3.05	0.89	1-5	-0.09	0.25
4. Alguém que resolva problemas quando não o pode fazer	2.60	0.93	1-5	0.20	0.11
5. Alguém que encoraje ou dê forças quando as coisas parecem difíceis	2.98	1.04	1-5	0.11	-0.34
6. Alguém que empreste dinheiro quando necessário	2.12	1.03	1-5	0.84	0.41
7. Alguém que ajude nas lides domésticas	2.85	1.13	1-5	0.14	-0.53
8. Alguém com quem possa conviver ou distrair-se	3.00	0.97	1-5	0.04	0.06
9. Alguém que cuide do bebé em caso de doença ou tiver que sair	2.94	1.00	1-5	0.16	0.09
10. Alguém que a transporte a si ou ao bebé em caso de necessidade	2.62	1.03	1-5	0.20	-0.39
11. Alguém que converse quando necessita de conselhos	3.02	0.98	1-5	-0.14	0.09
12. Alguém que informe acerca dos serviços para o bebé ou familiares	2.77	0.88	1-5	0.09	0.42

¹ Embora conservando o sentido dos conteúdos, a redacção dos itens não corresponde, necessariamente à formulação original.

Pode-se verificar que a dispersão das respostas aproveita, em todos os casos, o espaço de variação possível. Na verdade, a leitura dos dados ilustra que os efectivos se repartem entre os pontos mínimos e máximos das escalas. As médias, por sua vez, situam-se, grosso modo, perto do valor 3 (ponto intermediário de um espectro que vai de um a cinco). A única excepção é nos dada pelo item número 6 cuja média é de 2.12. As medidas de assimetria estão compreendidas no intervalo delimitado pelos valores -1.00 e $+1.00$. Por sua vez, os coeficientes de curtose repartem-se entre os limites de -0.53 e $+0.45$, o que indica estarmos perante distribuições, genericamente, sobreponíveis à configuração da curva normal.

Tais factos sugerem a presença de um nível bastante razoável de variabilidade dos resultados, permitindo concluir que os itens da escala apresentam indicadores de sensibilidade satisfatórios.

Estrutura factorial da escala

Procurámos ver até que ponto eram detectáveis agrupamentos consistentes de itens. Procedemos, assim, à sua análise factorial através do método das componentes principais.

A ponderação dos indicadores estatísticos como a determinante matricial ($D = .001$), o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .914$), as medidas de adequação da amostra (MSA) relativas a cada item (valores situados entre .954 e .882) a que se juntam os resultados do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 967.15$; $P = .000$) suportam a adequabilidade de uma tal análise.

O exame dos valores próprios (eigenvalues) das várias componentes revelou que só a primeira evidenciava nível superior a um (*cf. quadro 9*)

Quadro 9. Componentes extraídas e percentagens da variância explicada

Componentes	Valor próprio (Eigenvalue)	Percentagem da variância
Componente 1	5.38	44.869%
Componente 2	.98	8.172%
Componente 3	.86	7.183%
Componente 4	.79	6.594%
Componente 5	.69	5.793%
Componente 6	.66	5.567%
Componente 7	.52	4.335%
Componente 8	.51	4.217%
Componente 9	.49	4.081%
Componente 10	.43	3.600%
Componente 11	.38	3.202%
Componente 12	.29	2.388%

Uma vez que à partida não dispúnhamos de qualquer hipótese relativa às dimensões da escala, adoptámos os critérios sugeridos por Tabachnick e Fidell (1989), optando por extrair somente as componentes cujos valores próprios (eigenvalues) são iguais ou superiores a um. Assim, reconhecemos que a escala é composta por um único factor, devendo ser somada a pontuação de todos os seus itens para obtermos o *score* de cada participante.

Sensibilidade da escala e consistência interna dos itens

O **quadro 10** ilustra que as pontuações globais se dispersam por um amplo espaço de variação, com a média situada em posição quase equidistante em relação aos valores máximo e mínimo e os coeficientes de assimetria e de curtose compreendidos dentro do limite de ± 1.00 . Tais constatações sugerem que a *Escala das Funções de Apoio* se revela sensível para reflectir as diferenças entre os respondentes.

Quadro 10. Variação, média, desvio padrão, e coeficientes de assimetria e de curtose.

Variação	Média	D.P.	Assimetria	Curtose
7 – 3	16.74	4.97	0.48	-0.01

Calculado a partir da matriz de covariação o alpha de Cronbach atingiu o valor de .89, indicando um bom nível de consistência interna dos itens da escala.

Síntese dos resultados

A *Escala das Funções de Apoio*, quando administrada a uma amostra significativa, revelou que os seus diferentes itens são agrupáveis num só factor. As análises efectuadas revelaram que os indicadores de sensibilidade do instrumento são bastante aceitáveis e que os itens possuem bom nível de consistência interna. Como tal, esta escala parece evidenciar as características psicométricas exigíveis à sua utilização no contexto de investigação.

3- Inventário de Percepção Neonatal

O Inventário de Percepção Neonatal foi originalmente construído por Broussard e Hartner (1971). Nele, a mãe compara o seu bebé com os bebés em geral, tomando como referência os comportamentos de choro, de sono, de alimentação e a actividade intestinal. As respondentes pontuam os filhos nas várias dimensões, fazendo, depois, o mesmo para os bebés em geral. As diferenças entre os dois tipos de pontuação nos seis itens propostos –que adicionadas permitem obter um score global– indicam até que ponto as crianças são percebidas, pela figura materna, mais positiva ou negativamente do que as outras.

Sensibilidade dos itens

Considerando essas diferenças enquanto medidas nucleares, o quadro 11 refere a média, o desvio padrão, a variação, a assimetria e a curtose dos resultados

observados junto das 97 participantes que integraram inicialmente a amostra (avaliação do primeiro mês).

Quadro 11. Indicadores de sensibilidade dos itens do *Inventário de Percepção Neonatal*.

Itens ¹	Média	D. P.	Variação	Assimetria	Curtose
1. Quanto chora o bebé/os outros	0.77	1.11	-2/+4	-0.23	0.71
2. Dificuldade do bebé em comer/os outros	1.21	1.15	-2/+4	0.83	0.36
3. Quanto bolsa ou vomita o bebé/os outros	0.63	0.96	-2/+4	-0.27	0.10
4. Dificuldade do bebé em dormir/os outros	0.47	1.31	-2/+4	0.03	-0.29
5. Dificuldade do bebé em regularizar os intestinos/os outros	0.78	1.15	-2/+4	-0.19	0.19
6. Dificuldade do bebé em regularizar o sono e a alimentação/os outros	0.64	1.13	-2/+4	0.00	0.36

¹ A menção ao conteúdo dos itens não corresponde, obviamente, à sua formulação textual.

Observa-se que em todos os itens a amplitude de variação das respostas é definida pelos limites de -2 e +4 pontos. Por sua vez, as médias situadas abaixo de 1, rondam na maioria dos casos o valor zero. Os coeficientes de assimetria e de curtose, compreendidos entre os valores de -1.00 e +1.00 sugerem que a distribuição dos resultados não se afasta da configuração da curva normal. Estes indicadores estatísticos parecem, pois, ser compatíveis com a ideia de que os itens, individualmente considerados, evidenciaram boa capacidade para diferenciar as estimativas dos respondentes.

Estrutura factorial do instrumento

Investigámos se as respostas aos diferentes itens se organizavam de acordo com duas ou mais dimensões. Para o efeito, examinámos os resultados através da análise factorial, procurando extrair as suas componentes principais. A adequabilidade de uma tal análise encontrou suporte estatístico em valores como a determinante matricial ($D=.051$), o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.623$), as medidas de adequação da amostra (MSA) referentes a cada item (scores situados entre .730 e .417) ou os resultados do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2= 62.34$; $P=.000$). Procurámos ver até que ponto eram detectáveis agrupamentos

consistentes de itens. Procedemos, assim, à sua análise factorial através do método das componentes principais.

A ponderação dos indicadores estatísticos como a determinante matricial ($D = .001$), o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .914$), as medidas de adequação da amostra (MSA) relativas a cada item (valores situados entre .954 e .882) a que se juntam os resultados do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 967.15$; $P = .000$) suportam a adequabilidade de uma tal análise.

Os valores próprios (eigenvalues) relativos às diversas componentes só num dos casos foram superiores a um (cf. **quadro 12**). Tal constatação corrobora a hipótese da unidimensionalidade dos itens do inventário.

Quadro 12. Componentes extraídas e percentagens da variância explicada

Componentes	Valores próprios (Eigenvalues)	Percentagem da variância
Componente 1	2.10	35.034%
Componente 2	.99	16.540%
Componente 3	.91	16.517%
Componente 4	.80	13.286%
Componente 5	.66	11.013%
Componente 6	.46	7.609%

A suposição em causa sai reforçada quando verificamos o elevado nível de consistência interna dos itens deste mesmo instrumento (o valor do α de Cronbach foi igual a .87). Por conseguinte, parece legitimar-se a elaboração de um único *score* para descrever as respostas de cada participante que resultará, conforme o proposto por Broussard e Hartner (op. cit.), do somatório das diferenças entre os itens relativos ao *meu bebé* e aos *bebés em geral*.

O **quadro 13** mostra as médias, a variação bem como os valores do desvio padrão e dos coeficientes de assimetria e curtose referentes aos *scores* globais do *Inventário de Percepção Neonatal*.

Quadro 13. Variação, média, desvio padrão, e coeficientes de assimetria e de curtose.

Variação	Média	D.P.	Assimetria	Curtose
-4 – 17	4.51	3.88	0.32	0.29

O espaço de variação, os valores da assimetria e de curtose indicam que o instrumento revela boa capacidade para diferenciar as mães na base das suas respostas a este instrumento.

Síntese dos resultados

O *Inventário de Percepção Neonatal* foi administrado a uma amostra de 97 mães cujos filhos tinham cerca de 30 dias de vida após o parto. Os indicadores de sensibilidade revelaram ser estatisticamente aceitáveis. A unidimensionalidade dos itens ficou demonstrada através dos resultados da análise factorial e do coeficiente de consistência interna dos itens. Assim, o procedimento de cotação sugerido por Broussard e Hartner (op. cit.) que propõe o cálculo de um *score* global resultante da soma das diferenças observadas em cada um dos itens recolhe suporte empírico nesta versão portuguesa. Como tal, o instrumento parece evidenciar características psicométricas que validam a sua utilização no âmbito da pesquisa.

4- Inventário do Grau de Incómodo

O *Inventário do Grau de Incómodo* constitui a tradução de uma escala idealizada por Broussard e Hartner (op. cit.) –Degree of Bother Inventory. Este instrumento indaga, através de cinco itens, até que ponto o choro, o bolsar ou o vomitar, o sono, a alimentação e as funções de eliminação intestinal (evacuação) do bebé têm incomodado a mãe na dispensa dos cuidados maternos à criança. Um sexto item pede uma avaliação relativa à dificuldade sentida em lidar com o(a) filho(a). As respondentes fazem as suas estimativas recorrendo a uma escala de

tipo Lickert cuja pontuação se estende de 1 a 5. De acordo com as autoras, o somatório dos pontos dos itens permite a obtenção de uma nota que representa o grau de incómodo experienciado com o bebé.

Sensibilidade dos itens

Tomando como referência os resultados das 97 participantes que, por volta do primeiro mês após o parto, responderam ao inventário, o quadro 14 refere a média, o desvio padrão, a variação, a assimetria e a curtose dos scores obtidos em cada um dos seis itens.

Conforme se pode constatar, as médias situam-se, genericamente, mais próximas do limite mínimo do que do máximo da escala de pontuação. Não obstante, as respostas registam uma variabilidade que cobre todo o espaço de dispersão possível. Os valores dos coeficientes de assimetria situam-se em três dos seis casos acima de 1.00. Quanto aos coeficientes de curtose essa mesma situação verifica-se em dois dos itens.

Quadro 14. Indicadores de sensibilidade dos itens do *Inventário do Grau de Incómodo*.

Itens ¹	Média	D. P.	Variação	Assimetria	Curtose
1. Relativamente ao choro quão incomodativo é o bebé	2.54	1.11	1-5	0.45	-0.51
2. Relativamente ao vomitar quantos aborrecimentos tem dado o bebé	1.75	0.99	1-5	1.51	2.14
3. Relativamente ao sono quantos aborrecimentos tem dado o bebé	2.34	1.13	1-5	0.86	0.20
4. Relativamente à alimentação quantos aborrecimentos tem dado o bebé	1.62	0.91	1-5	1.52	1.91
5. Relativamente à evacuação intestinal que aborrecimento tem dado o bebé	2.08	1.25	1-5	0.83	-0.58
6. Qual a dificuldade de cuidar do bebé	1.47	0.71	1-3	1.17	-0.02

¹ A menção ao conteúdo dos itens não corresponde, obviamente, à sua formulação textual.

Poderemos, pois, afirmar que os itens não apresentam, globalmente, os melhores indicadores de sensibilidade.

Estrutura factorial do instrumento

Um dos pressupostos do *Inventário do Grau de Incómodo* é o de que os itens se organizam segundo uma estrutura unidimensional. A fim de avaliarmos a plausibilidade de uma tal hipótese, procedemos à análise factorial dos resultados, recorrendo ao método das componentes principais. O valor da determinante matricial ($D = .466$), o índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .663$) as medidas de adequação da amostra (MSA) referentes a cada item (situados entre .777 e .609) a que se junta o coeficiente do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 71.14$; $P = .000$) justificam a legitimidade estatística do procedimento.

Os valores próprios (eigenvalues) referentes às seis componentes do inventário só num dos casos atingiram valores superiores a um (cf. **quadro 15**). Perante tal resultado, sai reforçada a hipótese de que os itens se organizam segundo uma única dimensão. Aliás, o elevado coeficiente de consistência interna que pôde ser verificado (α de Cronbach = .82) traz apoio adicional a esta conclusão.

Quadro 15. Componentes extraídas e percentagens da variância explicada

Componentes	Valores próprios (Eigenvalues)	Percentagem da variância
Componente 1	2.17	36.199%
Componente 2	.98	16.387%
Componente 3	.94	15.709%
Componente 4	.81	13.481%
Componente 5	.66	10.986%
Componente 6	.43	7.237%

Assim, a tese de que as estimativas de cada respondente podem ser descritas através de um único score, resultante do somatório das pontuações

obtidas nos vários itens é compatível com os resultados das análises efectuadas. A suposição em causa sai reforçada quando verificamos o elevado nível de consistência interna dos itens deste mesmo instrumento (o valor do alpha de Cronbach foi igual a .87).

Sensibilidade da escala

O **quadro 16** mostra as médias, a variação bem como os valores do desvio padrão e dos coeficientes de assimetria e curtose referentes às pontuações globais do *Inventário do Grau de Incómodo*.

Quadro 16. Variação, média, desvio padrão, e coeficientes de assimetria e de curtose.

Variação	Média	D.P.	Assimetria	Curtose
6 – 21	11.80	3.61	0.38	-0.23

Conforme se pode apreciar, os *scores* distribuem-se por um largo espaço de variação delimitado pelos valores de 6 e 21. A tendência geral das participantes para responderem seleccionando os pontos da parte inferior das seis escalas de Lickert, reflecte-se na média dos somatórios que é inferior a 18.00 (representará o ponto intermédio entre os limites teóricos de 6 e de 30). Não obstante, os coeficientes de assimetria e de curtose –próximos de zero– revelam que os resultados se dispersam segundo o modelo da distribuição normal. Por conseguinte, o instrumento parece ter demonstrado capacidade razoável para diferenciar as mães a partir das suas respostas.

Síntese dos resultados

Pudemos confirmar através das análises efectuadas que o *Inventário do Grau de Incómodo* possui os seus itens organizados de acordo com uma estrutura unidimensional. Se, por um lado, os indicadores de sensibilidade dos itens não se revelaram plenamente aceitáveis em todos os casos, já os resultados globais evidenciam uma capacidade de diferenciação susceptível de reflectirem a variabilidade existente entre as respondentes. Estamos, pois, perante um

instrumento cujas características legitimam, em princípio o seu uso no contexto da investigação.

Considerações Finais

Quando procedemos ao planeamento do nosso estudo, seleccionámos, entre outros, quatro instrumentos que, por constituírem adaptações ou traduções de medidas originalmente utilizadas junto de populações não portuguesas, exigiam um estudo prévio com o objectivo de avaliarmos a sua aplicabilidade à amostra por nós investigada. Nesse sentido, recorrendo em dois casos –*Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* e *Escala das Funções de Apoio*– a amostras compostas por várias centenas de respondentes e nos restantes –*Inventário de Percepção Neonatal* e *Inventário do Grau de Incómodo*– ao conjunto de mães que integravam, inicialmente, o trabalho, procurámos ver até que ponto os instrumentos preenchiam atributos psicométricos aceitáveis. Os resultados obtidos permitiram-nos concluir pela positiva.

Encontradas bases de legitimidade para a sua utilização, apresentaremos no próximo capítulo o conjunto de análises que visam responder mais intencionalmente às questões da nossa investigação.

Capítulo 5 – Estudo das Relações entre as Variáveis Analisadas

A grande quantidade de resultados obtidos ao longo do presente estudo levanta, desde logo, o problema de se decidir qual a melhor maneira de organizarmos a sua apresentação. A fim de evitarmos o necessariamente fastidioso relato de análises que de modo repetitivo dariam conta de relações estatisticamente irrelevantes –e até pouco pertinentes sob o ponto de vista teórico– procedemos a um exame prévio dos dados, procurando identificar as variáveis que, por não estarem sistematicamente relacionadas com as medidas mais importantes da nossa pesquisa, estariam longe de fornecer informação significativa. Entre esses factores, pudemos, assim, detectar os seguintes:

- profissão, estatuto conjugal, idade e fonte de rendimento dos pais;
- número de filhos e de elementos constituintes do agregado familiar;
- problemas obstétricos durante a gravidez, acompanhamento médico da gestação e tipo de parto;
- planeamento e semana de confirmação da gravidez;
- experiência materna em cuidar de crianças e apoio familiar percebido;
- preferência pelo sexo do bebé;
- expectativa das mães referentes ao desenvolvimento futuro dos bebés;
- género da criança, tempo de gestação, medidas do peso, comprimento ou do Apgar à nascença.

Em função dos motivos atrás referidos, dispensarmo-nos-emos de considerar estas variáveis nas análises que, doravante, apresentaremos. Do mesmo modo, omitimos qualquer menção ao nível de escolaridade das mães ou dos pais. Constituindo, em si, factores que estiveram relacionados com muitos outros, a verdade é que os seus efeitos estatísticos demonstraram ser notavelmente redundantes quando tomávamos em linha de conta as medidas da escala de Graffar (os coeficientes de correlação ordinal de Spearman elevaram-se acima de .800). Uma vez que esta última variável avaliava, sensivelmente, a mesma realidade, optámos por contemplá-la somente a ela, como forma de reduzirmos os dados ao mínimo indispensável.

A exposição que se segue reparte-se por duas secções maiores. Na primeira, analisaremos o conjunto de dados recolhidos na altura em que os bebés tinham cerca de um mês de vida pós-parto. Na segunda, centrarmo-nos-emos nas medidas

do terceiro mês, procurando, entre outros aspectos, avaliar as suas relações com as variáveis anteriormente examinadas.

1. Medidas do Primeiro Mês

Durante a entrevista efectuada às mães, indagámos que representações possuíam elas das capacidades sensório-perceptivas (auditivas e visuais) dos seus bebés. Para o efeito, socorremo-nos de algumas questões ensaiadas num protocolo de entrevista idealizado por Lopes-dos-Santos e Alves (1986). Duas dessas questões procuravam saber até que ponto as respondentes acreditavam se os seus filhos já ouviam (“ouvir” versus “não ouvir” ou “só capazes de perceber sons fortes”) ou conseguiam ver (“ver” em contraponto com “não ver” ou “só estarem aptos a distinguir a luz do escuro”). As restantes perguntavam se as crianças já reconheciam a voz materna ou visualmente a mãe.

O quadro 1 mostra que a esmagadora maioria das participantes pensavam que os bebés com cerca de um mês de vida conseguiam definitivamente ver e ouvir. De notar, contudo que o reconhecimento da capacidade auditiva parece ter mais expressão do que a atribuição de competência visual. Embora o trabalho de Lopes-dos-Santos *et al.* (op. cit.) tivesse sido conduzido junto de mães cujos filhos tinham apenas até duas semanas de vida pós parto e a incidência de respostas afirmativas fosse, em ambas as questões, menor, a verdade é que esta discrepância entre o reconhecimento de capacidades auditivas e visuais foi, igualmente, observada. Tal constatação sugere que a clareza dos sinais de resposta dos bebés pequenos será maior face à estimulação auditiva do que visual.

Quadro 1. Quantidade de mães que responderam afirmativamente às questões se os seus bebés eram capazes de ouvir e ver.

	Frequência	Percentagem
Já consegue ouvir		
Sim	87	89.69
Reage a ruídos fortes	4	4.12
Não	6	6.19
Já consegue ver		
Sim	76	78.35
Distingue a luz do escuro	9	4.12
Não	12	12.37

No que diz respeito ao reconhecimento da mãe, a frequência de respostas afirmativas baixa sensivelmente (*cf.* **quadro 2**). Se no caso do canal auditivo, as atribuições positivas se mantêm, não obstante, assaz elevadas, no que respeita ao visual, essas atribuições baixam para perto dos cinquenta por cento.

Quadro 2. Quantidade de respostas afirmativas às questões da capacidade dos bebés para reconhecerem auditiva e visualmente a mãe.

	Frequência	Percentagem
Já reconhece a voz materna		
Sim	74	76.29
Não tem a certeza	15	15.46
Não	8	8.25
Já reconhece visualmente a mãe		
Sim	50	51.55
Não tem a certeza	25	25.77
Não	22	22.68

Quando interrogadas acerca das razões que as levavam a afirmar que eram reconhecidas pela voz, as participantes deram respostas muito diversas. Procedendo à análise dos conteúdos agrupámo-las em três grandes categorias. A primeira reúne justificações que invocavam efeitos de apaziguamento (*e.g.*, “*acalma-se quando lhe falo*”). A segunda agrega alegações de que a audição da voz materna suscitava respostas de orientação (*e.g.*, “*volta-se na minha direcção*”, “*procura-me*”, “*olha para mim quando lhe falo*”...). Por último, a terceira inclui argumentos que invocavam reacções de animação ou de elevação da qualidade do estado de alerta (*e.g.*, “*presta atenção quando lhe falo*”, “*sorri quando me ouve*”, “*balbucia quando lhe falo*”...). A **figura 1** mostra, dentro do universo das respostas positivas (N= 74), a percentagem de justificações classificadas em cada uma das três categorias.

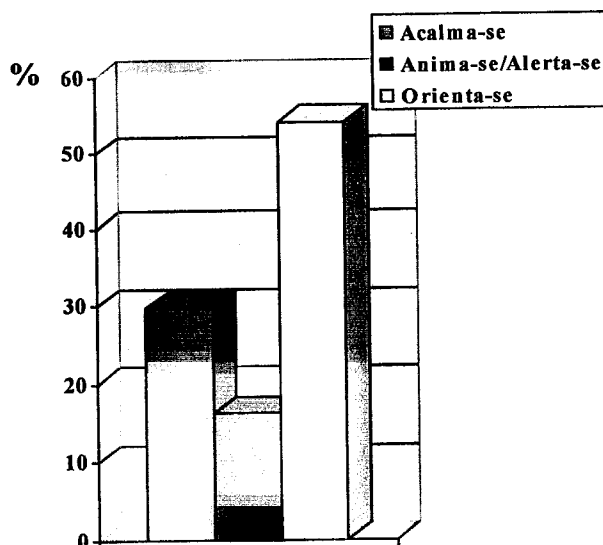


Figura 1. Percentagem de respostas em cada uma das categorias de justificação aduzidas pelas mães para apoiar a suposição de que os seus bebés reconheciam a sua voz.

É possível apreciar que a constatação de reacções de orientação surgiu como o dado mais saliente, revelando predomínio relativamente à observação dos efeitos de apaziguamento ou de animação ($X^2 = 16.25$; $P < .001$).

Da mesma forma, as razões invocadas pelas mães com o propósito de explicarem porque atribuíam aos seus bebés capacidade para as reconhecerem visualmente puderam ser agrupadas em três classes. A primeira reunia argumentos que referiam efeitos de apaziguamento (e.g., “*acalma-se quando me vê*”, “*estranha ao ver caras diferentes*”...). A segunda englobava motivos relacionados com animação de índole afectiva (e.g., “*sorri quando me vê*”, “*nota-se-lhe satisfação quando olha para mim*”...). Finalmente, a terceira agrupava justificações que sublinhavam reacções de orientação (e.g., “*dirige os olhos para a minha cara*”, “*segue-me fixamente com o olhar*”...).

A **figura 2** ilustra a percentagem de respostas em cada uma destas três categorias, calculadas sobre o total das afirmações positivas ($N = 50$). Ao contrário do que sucedeu anteriormente, nenhuma das três classes surgiu em situação de predomínio claro sobre as outras ($X^2 = 0.28$; n. s.).

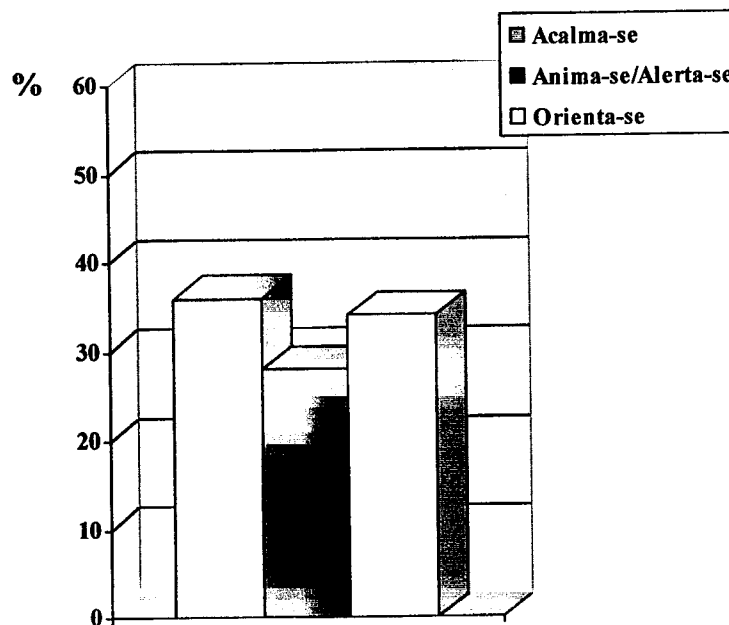


Figura 2. Percentagem de respostas em cada uma das categorias de justificação aduzidas pelas mães para apoiarem a afirmação de que os seus bebés as reconheciam visualmente.

As representações maternas das competências sensório-perceptivas das crianças no plano auditivo ou visual não estiveram significativamente associado com o estatuto sócio-económico avaliado pela escala de Graffar, nem com o momento em que as participantes relataram ter sentido pela primeira vez forte ligação afectiva aos bebés. Porém, o tempo de separação entre a mãe e o recém-nascido após o parto teve efeitos estatísticos a realçar.

Por motivos médicos, nem todas as díades foram imediatamente colocadas em regime hospitalar de *rooming in*. Na amostra observada, as separações não foram longas, indo raramente para além das dez horas. De qualquer maneira, com os dados obtidos pudemos distinguir dois grupos: um no qual os bebés permaneceram, praticamente, desde o nascimento junto das suas progenitoras e outro em que se registou separação igual ou superior a seis horas. Se entre ambos, não se verificaram diferenças em relação às opiniões maternas acerca da capacidade dos filhos para verem ou ouvirem¹, já no que toca às representações da aptidão das crianças para reconhecerem a mãe (**figura 3**), as análises mostraram que os dois grupos divergiram significativamente. Na verdade, constatou-se que a

¹ Facto que se verificou em relação a todas as restantes análises.

proporção de mães que admitiam serem reconhecidas pela voz por parte dos seus bebés era superior junto das díades cujo tempo de separação pós-parto não ultrapassou as 6 horas do que naquelas que estiveram separadas durante período maior ($X^2= 6.14$; $P< .05$). Pôde ser observada a mesma tendência quando as análises consideraram os juízos acerca da aptidão das crianças para reconhecerem visualmente a face da mãe ($X^2= 7.22$; $P< .03$).

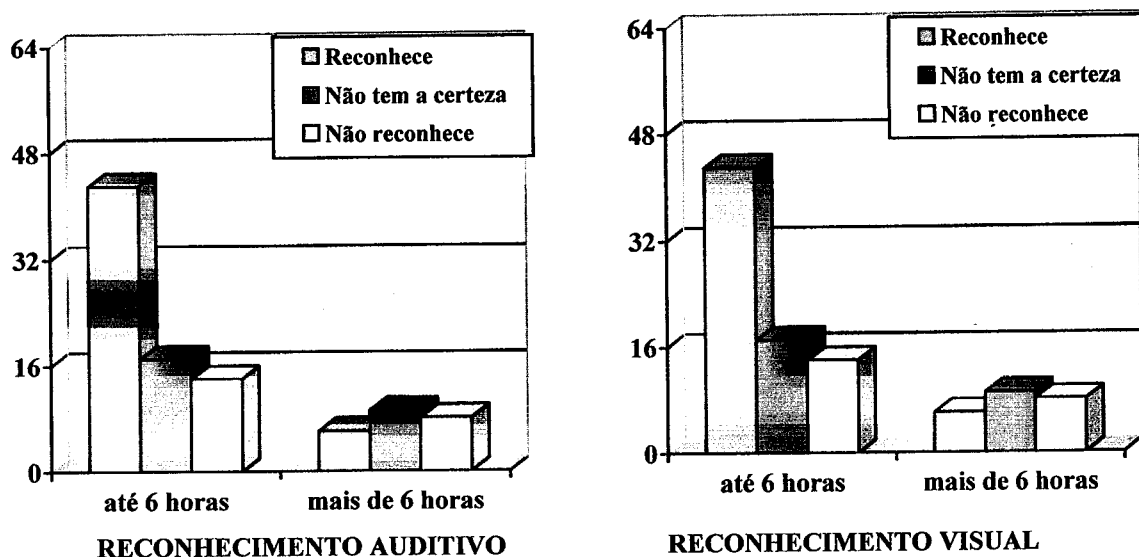


Figura 3. Representações maternas relativas à capacidade de os bebés as reconhecerem pela voz ou de as reconhecerem visualmente em função do tempo de separação pós-parto.

Até que ponto a atribuição de capacidades de reconhecimento da mãe esteve relacionado com os resultados do Inventário de Percepção Neonatal? Em ordem a efectuarmos esse estudo, procedemos à dicotomização das respostas maternas, considerando as afirmações “não tenho a certeza” e “não reconhece” como negativas e as “reconhece” como atribuições positivas.

As médias representadas na **figura 4** sugerem que as mães cujas atribuições eram positivas tendiam a possuir percepções mais favoráveis das suas crianças. Esta sugestão foi confirmada pela análise estatística que revelou associações significativas entre as variáveis examinadas.

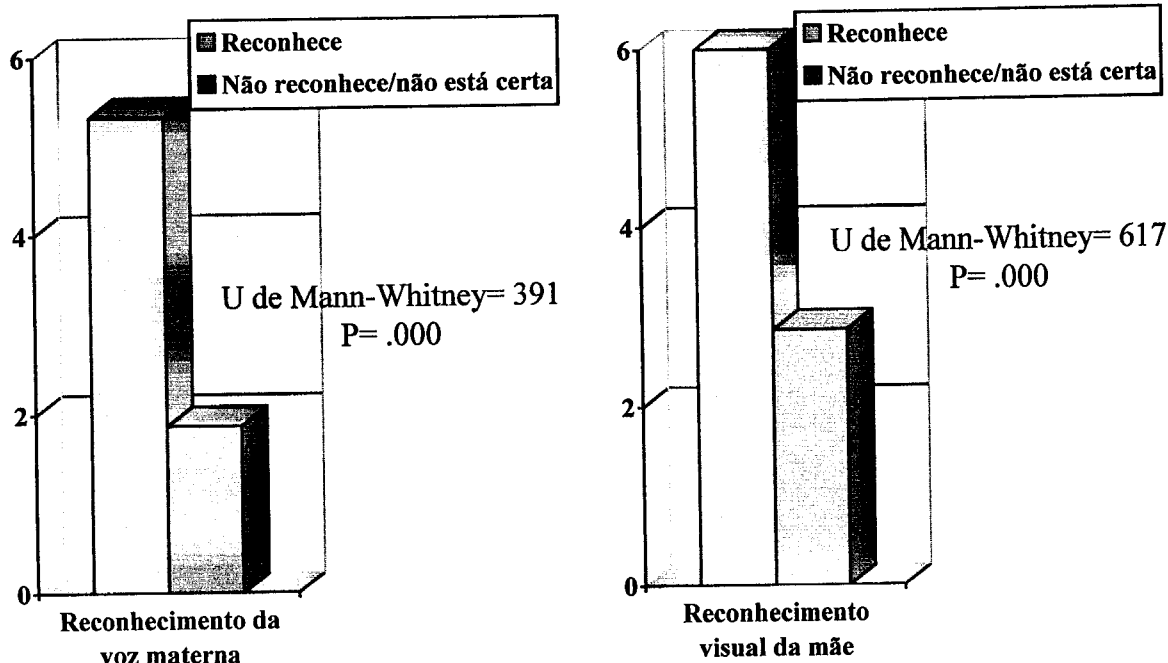


Figura 4. Médias no *Inventário de Percepção Neonatal* em função das atribuições maternas acerca da capacidade de reconhecimento da mãe por parte do bebé.

Relativamente ao grau de incómodo sentido com o bebé, o estudo estatístico revelou tendências análogas. De facto, conforme a **figura 5** ilustra, as mães que atribuíam aos bebés aptidão para reconhecerem a sua voz ou para reconhecerem visualmente a sua face, percebiam os(as) filhos(as) como menos incómodativos.

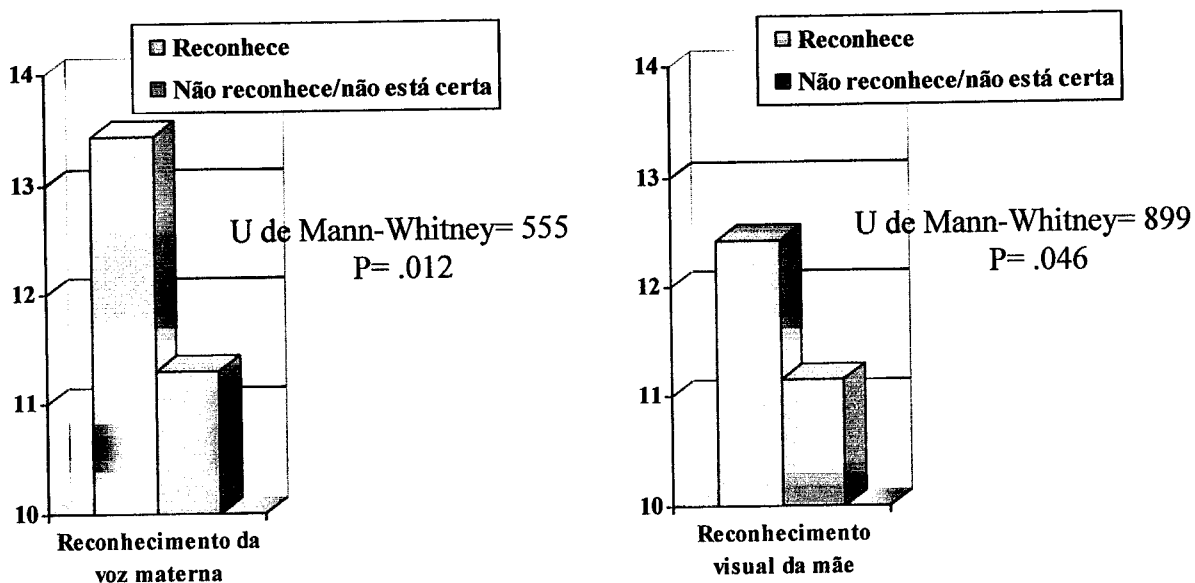


Figura 5. Média dos resultados do *Inventário do Grau de Incómodo* em função das atribuições maternas acerca da capacidade de reconhecimento da mãe por parte dos bebés.

As análises revelaram que as representações das competências sensório-perceptivas dos bebés não mantiveram associações significativas com os resultados da Escala das Funções de Apoio administrada aos 30 dias nem com as seis sub-escalas do questionário Mother-Father-Peer Scale.

Quisemos ver em que medida a atribuição de capacidades de reconhecimento auditivo-visual da figura materna estava relacionada com as atitudes e sentimentos das mães na altura do primeiro mês após o parto. Lembremos que o instrumento utilizado para as medir possui uma estrutura tetradimensional, integrando quatro escalas com um número diferente de itens. Daí decorre que o espaço potencial de variabilidade das pontuações seja diverso em cada uma delas, dando azo a que as respectivas médias se repartam por gamas de valores distintas. A fim de facilitar a leitura dos resultados, decidimos uniformizar o espaço da sua dispersão. Para o efeito efectuámos a padronização das notas obtidas pelos participantes nas quatro sub-escalas. De acordo com este procedimento, as notas padronizadas (*standard scores*) são derivadas da transformação das escalas originais que converte para zero as médias e fixa em um o valor do desvio padrão (Guilford & Fruchter, 1973).

A **figura 6** ilustra o teste de Mann-Whitney permitiu apurar que as respostas referentes ao reconhecimento auditivo estiveram relacionadas com as quatro dimensões da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*.

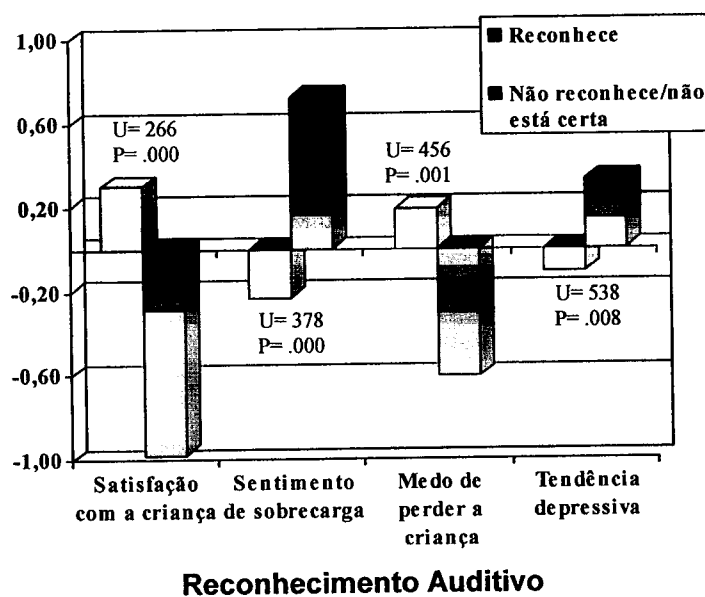


Figura 6. Médias nas sub-escalas das Atitudes e Sentimentos maternos em função da atribuição aos bebés da capacidade de reconhecer a voz da mãe.

Conforme se pode apreciar as respondentes que admitiam que os seus bebés eram já capazes de as reconhecerem pela voz exprimiam mais satisfação com a criança e mais receio de a perder. Por sua vez, aquelas que não lhes reconheciam declaradamente essa competência diziam experienciar a maternidade com um nível maior de sentimentos de sobrecarga e de vivências da série depressiva.

Embora de forma menos acentuada, os resultados relativos à atribuição de capacidades de reconhecimento visual revelaram, exactamente, as mesmas tendências gerais (cf. **figura 7**).

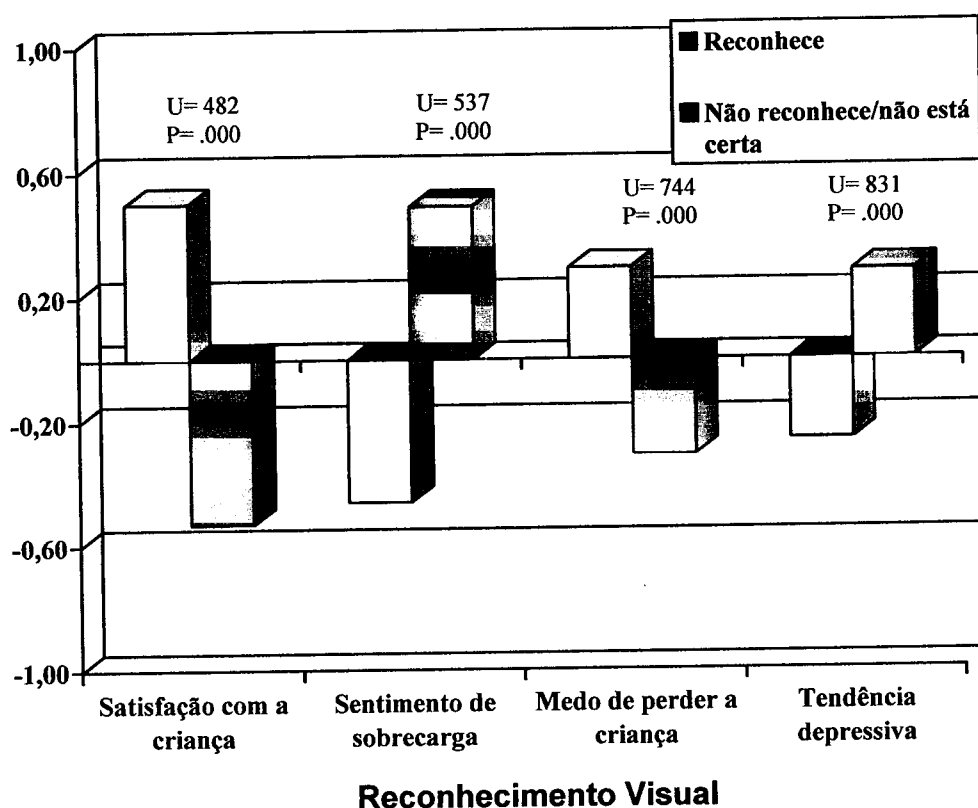


Figura 7. Médias nas sub-escalas das Atitudes e Sentimentos Maternos em função da atribuição aos bebés da capacidade de reconhecerem visualmente a mãe.

Os resultados do *Inventário de Percepção Neonatal* e do *Inventário do Grau de Incómodo* estiveram negativamente correlacionados entre si (r de Pearson = $-.488$; $P = .000$)¹. Quer isto dizer que no fim do primeiro mês após o parto, as mães

¹ Sempre que estejam em causa coeficientes de correlação, os valores da sua significância serão sempre referidos ao teste bicaudal.

que percebiam mais positivamente os(as) filhos(as) avaliavam o seu comportamento como sendo menos incómodo.

As memórias maternas referentes à sua relação na infância com a própria mãe, o pai e os pares eram indagadas mediante o *Mother-Father-Peer Scale*. Os coeficientes de correlação constantes do **quadro 3**, mostra que nenhum dos resultados obtidos em cada uma das suas sub-escalas manteve associações estatisticamente significativas com os scores dos inventários de *Percepção Neonatal* e do *Grau de Incómodo*.

Quadro 3. Coeficientes de correlação entre as pontuações observadas nas seis sub-escalas da *Mother-Father-Peer Scale* e os resultados relativos ao *Inventário de Percepção Neonatal* e ao *Inventário do Grau de Incómodo*.

	Percepção Neonatal	Grau de Incómodo
Mother-Father-Peer Scale		
Aceitação por parte da mãe	.093	-.118
Aceitação por parte do pai	.109	-.170
Encorajamento da independência (mãe)	.100	-.137
Encorajamento da independência (pai)	.007	-.118
Aceitação activa por parte dos pares	.119	-.093
Aceitação passiva por parte dos pares	-.031	-.144

Por sua vez, o quadro 4 ilustra que não se detectaram praticamente relações significativas entre as escalas do *Mother-Father-Peer Scale* e os resultados alcançados na *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*.

Quadro 4. Coeficientes de correlação entre as sub-escalas da *Mother-Father-Peer Scale* e da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*.

	Satisfação com criança	Sentimento sobrecarga	Medo perder criança	Tendência depressiva
Mother-Father-Peer Scale				
Aceitação por parte da mãe	.166	-.199	.096	-.087
Aceitação por parte do pai	.222*	-.172	.018	.014
Encorajamento da independência (mãe)	.191	-.104	-.038	-.178
Encorajamento da independência (pai)	.047	-.048	-.066	-.053
Aceitação activa por parte dos pares	-.015	-.067	.106	.001
Aceitação passiva por parte dos pares	-.002	-.082	-.142	-.160

* P< .03

A única excepção regista-se no caso da avaliação do modo como as respondentes se sentiram aceites na infância pelos respectivos pais que esteve positivamente associado à satisfação actual com o bebé. Note-se, porém que, embora significativo, o valor do coeficiente de correlação é baixo, sugerindo uma ligação, claramente, marginal entre as duas variáveis.

Se a maneira como as participantes avaliavam a memória das relações na infância não pareceu manter associações com as atitudes e sentimentos maternos estimados cerca de 30 dias após o parto, o oposto sucedeu com o modo como percebiam, nessa altura o bebé e o incómodo por ele causado.

Quadro 5. Coeficientes de correlação entre as pontuações da *Escala das Atitudes e Sentimentos Maternos* e os resultados do *Inventário de Percepção Neonatal* e do *Inventário do Grau de Incómodo*.

	Percepção Neonatal	Grau de Incómodo
Atitudes e Sentimentos Maternos		
Satisfação com a criança	.402***	-.326**
Sentimento de sobrecarga	-.289*	.458***
Medo de perder a criança	.274*	-.176
Tendência depressiva	-.060	.328**

* P< .008 **P< .002 ***P< .000

Conforme se pode apreciar no quadro 5 o nível de satisfação sentida com a criança é correlativa da avaliação que dela a mãe faz quando a compara com as outras em geral. Embora de forma menos evidente, observou-se tendência idêntica ao examinarmos as relações entre esta última variável e a expressão dos receios de perder o(a) filho(a). Por outro lado, a avaliação positiva da criança parece diminuir a probabilidade de a maternidade ser sentida como uma sobrecarga. Concomitantemente, o grau de incómodo experienciado pelas respondentes com o bebé esteve associado a uma menor satisfação com a criança e a um nível maior de sentimentos de sobrecarga e depressão.

O estatuto sócio-económico das respondentes esteve longe de revelar associações com as variáveis analisadas. A única excepção (*cf. figura 8*) diz respeito às funções de apoio (que também não se relacionaram com qualquer um dos outros factores).

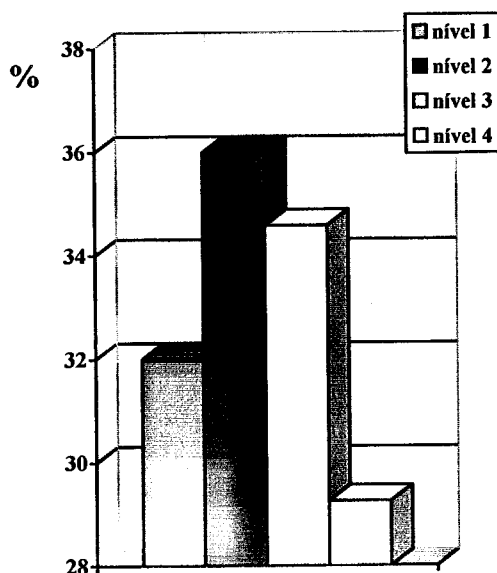


Figura 8. Médias na Escala das Funções de Apoio em função do nível sócio-económico das participantes (índice de Graffar).

Conforme se pode apreciar, as respondentes classificadas nos níveis 2 e 3 foram as que relataram possuir mais necessidades de apoio. Pelo contrário, as do nível 4 apresentaram, genericamente, os valores mais baixos (H de Kruskal Wallis = 11.09; $P = .01$).

2. Medidas do Terceiro Mês e suas Relações com as do Primeiro

Três meses após o parto, contactámos novamente as mães, solicitando-lhes que respondessem uma vez mais à *Escala das Funções de Apoio* e à *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos*. Entre a primeira série de medidas e esta segunda, registou-se uma perda de 17 participantes. Assim, as análises que doravante apresentaremos dizem, apenas, respeito a 80 respondentes.

Uma vez que estas medidas foram repetidas com um intervalo de dois meses, importava verificar até que ponto a tendência de resposta se mostraram estáveis de uma vez para a outra.

Quadro 6. Coeficientes de correlação entre as escalas cuja administração foi repetida ao primeiro e terceiro mês.

Escala das funções de apoio	Satisfação com a criança	Sentimento de sobrecarga	Medo de perder a criança	Tendência depressiva
.664*	.412*	.524*	.512*	.486*

O **quadro 6** mostra que os coeficientes de correlação entre as medidas foram elevados o que revela uma razoável estabilidade. Essa estabilidade foi muito superior no caso das funções de apoio e menor no caso da satisfação com a criança.

Até que ponto as variáveis observadas ao primeiro mês demonstraram valor preditivo relativamente a estas últimas?

Considerando, uma vez mais, a versão dicotomizada das respostas maternas referentes à capacidade dos bebés para reconhecerem auditiva ou visualmente a mãe, verificou-se que os resultados da segunda administração da *Escala das Funções de Apoio* continuaram a não evidenciar relações significativas com aquelas duas variáveis. No que diz respeito às *Atitudes e Sentimentos Maternos* a análise estatística revelou, agora, uma configuração muito diversa. De facto, embora a **figura 9** ilustre que, no caso do reconhecimento auditivo, as respostas afirmativas permaneceram associadas a estimativas mais elevadas nas escalas da *satisfação com a criança*, do *medo de perder a criança* e a avaliações inferiores nas escalas do sentimento de sobrecarga e da tendência depressiva, a verdade é que as diferenças não atingiram os níveis de significância estatística normalmente aceites.

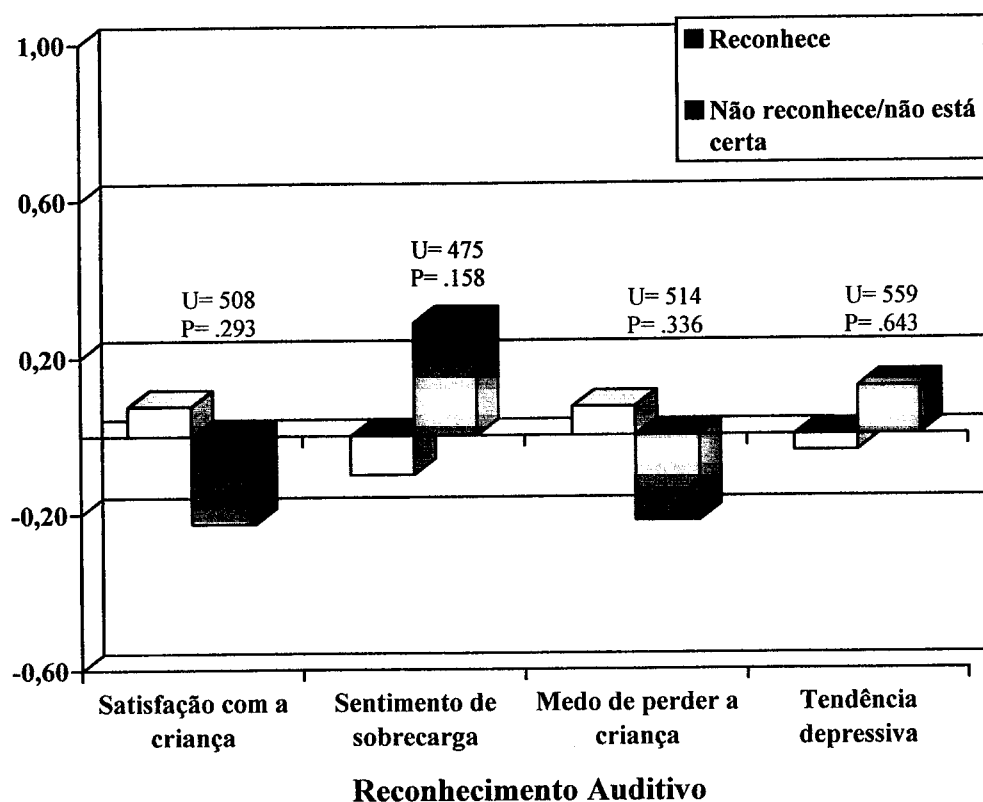


Figura 9. Médias nas sub-escalas das Atitudes e Sentimentos Maternos (3 meses) em função da atribuição aos bebês da capacidade de reconhecerem a voz da mãe (1 mês).

Puderam ser observadas exactamente as mesmas tendências quando as análises tomaram em linha de conta os dados referentes ao reconhecimento visual da face da mãe (**figura 10**).

Parece haver, assim, uma nítida alteração das relações observadas, quando comparámos os resultados obtidos por volta do primeiro e do terceiro mês após o parto. Estas duas variáveis que, inicialmente, evidenciavam associações significativas com as escalas das atitudes e sentimentos maternos deixaram, posteriormente, de as demonstrar.

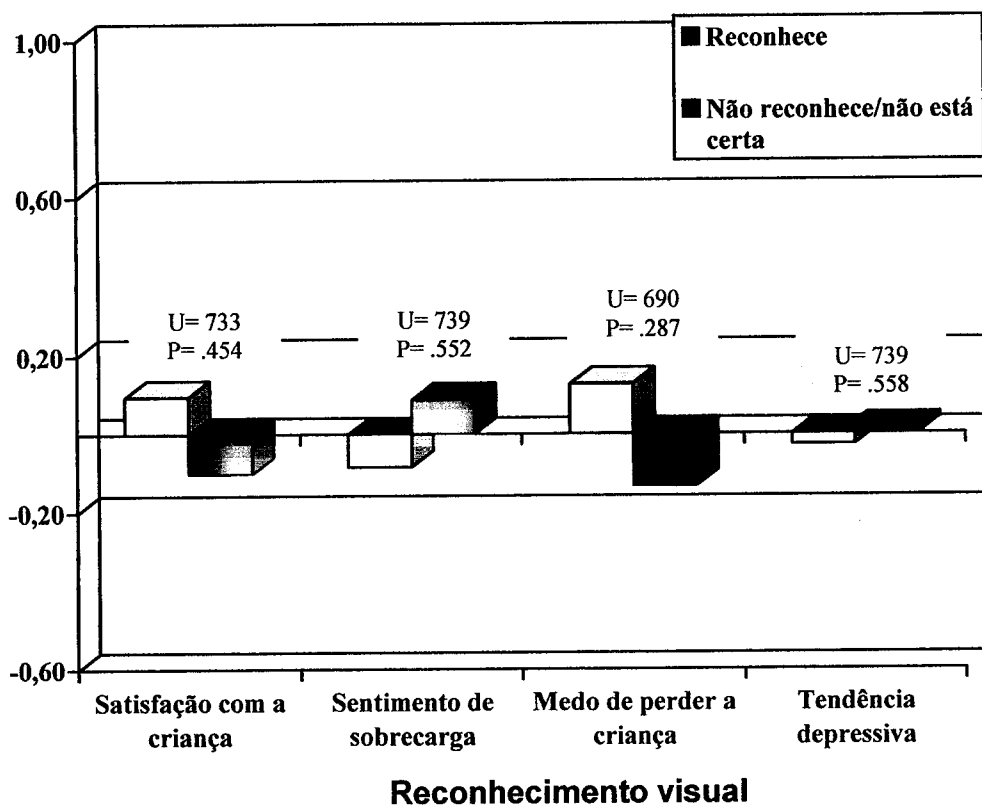


Figura 10. Médias nas sub-escalas das Atitudes e Sentimentos Maternos (3 meses) em função da atribuição aos bebês da capacidade de reconhecerem visualmente a face da mãe (1 mês).

Constatou-se, sensivelmente, o mesmo fenômeno quando os resultados desta segunda avaliação foram relacionados com os scores do *Inventário de Percepção Neonatal* e do *Inventário do Grau de Incômodo* (**quadro 7**).

Quadro 7. Coeficientes de correlação entre as pontuações da *Escala das Atitudes e Sentimentos Maternos* (3 meses) e os resultados do *Inventário de Percepção Neonatal* e do *Inventário do Grau de Incômodo* (primeiro mês).

	Percepção Neonatal	Grau de Incômodo
Atitudes e Sentimentos Maternos		
Satisfação com a criança	.046	-.218
Sentimento de sobrecarga	-.124	.384**
Medo de perder a criança	.173	-.176
Tendência depressiva	-.094	.245*

* P< .03 **P< .000

De facto como se pode apreciar, as medidas da percepção neonatal que se relacionaram com várias das dimensões das Atitudes e Sentimentos Maternos avaliadas no primeiro mês (cf. **quadro 5**) estiveram longe de evidenciar qualquer valor preditivo relativamente a essas mesmas variáveis observadas uns meses mais tarde. Já no que toca ao grau de incómodo, se é certo que continuaram a verificar-se algumas relações, importa notar que os valores dos coeficientes de correlação significativos são agora francamente mais baixos quando comparados com os iniciais.

À semelhança do que sucedeu anteriormente, os resultados da segunda administração da *Escala das Funções de Apoio* não se relacionaram com as medidas da percepção neonatal nem com as do grau de incómodo.

No seu conjunto, os resultados que acabámos de mostrar parecem indiciar uma certa descontinuidade ao nível dos processos de organização das atitudes e sentimentos maternos entre o primeiro e o terceiro mês após o parto. A hipótese desta descontinuidade sai ainda mais reforçada quando analisámos a expressão de tais atitudes e sentimentos à luz das memórias das relações na infância.

A primeira avaliação mostrou que ambos os tipos de variável não revelaram, praticamente, qualquer associação (cf. **quadro 4**). Porém, as memórias das relações na infância revelaram, em momento posterior, valor prognóstico em relação às atitudes e sentimentos maternos (**quadro 8**).

O caso mais saliente diz respeito à percepção da aceitação por parte da figura materna. As respondentes que, por volta do primeiro mês de vida reconheceram ser mais aceites por parte de suas próprias mães, reportavam, agora, maiores níveis de satisfação com a criança e de receio de a perder. Essas mesmas inquiridas referiam, concomitantemente, menos sentimentos de sobrecarga e de depressão. Por sua vez, aquelas que indicaram ter sido mais encorajadas para a independência por ambas as figuras parentais, davam, igualmente, conta de menos sentimentos de sobrecarga. A tendência depressiva revelou estar negativamente relacionada com as medidas de encorajamento da independência relativas à mãe.

Quadro 8. Coeficientes de correlação entre as sub-escalas da *Mother-Father-Peer Scale* (primeiro mês) e da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* (terceiro mês).

	Satisfação com criança	Sentimento sobrecarga	Medo perder criança	Tendência depressiva
Mother-Father-Peer Scale				
Aceitação por parte da mãe	.554***	-.521***	.425***	-.433***
Aceitação por parte do pai	.214	-.304**	.115	-.179
Encorajamento da independência (mãe)	.208	-.333**	.056	-.393***
Encorajamento da independência (pai)	.066	-.233*	.001	-.134
Aceitação activa por parte dos pares	.094	-.252*	.181	.097
Aceitação passiva por parte dos pares	.042	-.315**	-.022	-.107

* P< .04 ** P< .007 *** P= .000

Os scores referentes à *Escala das Funções de Apoio* não foram prognosticados pelas diversas medidas do *Mother-Father-Peer Scale*. Da mesma forma –e em contraste com o observado na primeira administração– não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os resultados daquela primeira escala e as pontuações da Graffar. No entanto, conforme o **quadro 9** ilustra, o mesmo já não se passou quando consideramos as atitudes e sentimentos maternos.

Quadro 9. Coeficientes de correlação entre a *Escala das Funções de Apoio* (terceiro mês) e as medidas da *Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos* (terceiro mês).

ESCALA DE ATITUDES E SENTIMENTOS MATERNOS			
Satisfação com criança	Sentimento sobrecarga	Medo perder criança	Tendência depressiva
-.457***	.282*	-.127	.320**

* P< .02 ** P< .005 *** P= .000

Efectivamente, pode-se observar que quanto mais as mães expressaram necessidades de suporte e apoio, menos satisfeitas se sentiam com a criança e maiores eram os sentimentos de sobrecarga com as tarefas da maternidade e a ressonância depressiva das mesmas.

5.1. Discussão

A representação científica acerca das competências sensório-perceptivas do recém-nascido e do bebé pequeno pautou-se, durante várias décadas, pela metáfora da *inaptidão cognitiva inicial da criança*. De facto, reiterando as teses filosóficas do empirismo inglês, os estudiosos do comportamento infantil aceitaram, como postulado inquestionável, a ideia de que a mente do bebé pequeno seria equiparável a uma *tábua rasa* na qual a experiência inscreveria os materiais necessários à construção da vida psíquica (Lopes-dos-Santos, 1990).

Nessa óptica, William James, psicólogo norte-americano dos finais do século XIX, descrevia o mundo da criança acabada de nascer como uma *blooming, buzzing confusion*. A ideia desta desorganização foi, igualmente, reafirmada por Spitz (1965) para quem o bebé funcionaria nos primeiros meses de acordo com as características de um estágio anobjectal onde a indiferenciação das categorias do *self* e do *não-self* impossibilitariam qualquer tipo de percepção diacrítica. Para Piaget (1936) o desenvolvimento da criança organizar-se ia a partir de uma posição de adualismo à luz qual *sujeito* e *objecto* não se distinguiam como polos separados dos movimentos de intencionalidade perceptiva.

A investigação que se desenvolveu depois da década de 1970 veio pôr em causa a validade destas concepções. De facto, desde essa altura, um número sempre crescente de dados pôde, inequivocamente, demonstrar que a competência do bebé estava sendo subavaliada. Ao contrário daquilo que se tomava como evidência inquestionável, essas pesquisas vieram mostrar que os sistemas de processamento de informação da criança pequena denotavam uma organização mínima. Sabe-se, assim, hoje que o recém-nascido está apto a receber e perceber estímulos, detectar contingências entre o comportamento próprio e certos acontecimentos do meio, reconhecer experiências pessoais e coisas.

Os seres humanos nascem dotados de um sistema sensorial que lhes possibilita explorar visualmente o mundo. Esta competência serve de suporte a actividades estruturantes do campo perceptivo que permitem ao bebé identificar formas bi ou tridimensionais nas excitações luminosas que atingem as zonas de projecção visual do cortex estriado (Bower, Broughton & Moore, 1970; Slater & Johnson, 1998). À semelhança do que se passa no adulto, o recém-nascido sente

atração por certas configurações perceptivas. Entre esses padrões, merece destaque particular a *gestalt* da face humana que é desde o momento do parto preferida a outras formas (Goren, Starty & Wu, 1975; Simion, Valenza & Umiltà, 1998).

Da mesma maneira, outros trabalhos documentam que o recém-nascido aprende rapidamente a reconhecer rostos familiares (Carpenter, 1975), nomeadamente, o da mãe (Pascalis, Schonen, Morton Deruelle & Fabre-Grenet, 1995; Schonen, Mancini & Liegeois, 1998).

Sob o ponto de vista auditivo, a criança revela, desde muito cedo, uma notável capacidade para discriminar vários contrastes fonéticos da linguagem humana, distinguindo, nomeadamente por volta das quatro semanas, entre as sílabas *pa* e *ba* (Eilers & Oller, 1985). Outros estudos evidenciam, curiosamente, que o recém-nascido mostra preferência especial pelos estímulos com características acústicas aos sons da fala humana (e.g., Eisenberg, 1970). A esse propósito, Lecanuet (1996), revendo os dados da literatura, retira as seguintes conclusões:

- 1- Os sons articulados da fala figuram entre os estímulos que exercem mais atração sobre o recém-nascido;
- 2- A fala produzida pelas vozes femininas é tendencialmente preferida à fala emergente das vozes de timbre masculino;
- 3- A voz materna é, desde muito cedo, mais atractiva do que a voz proveniente de uma outra mulher.

Esta preferência pelos sons da voz da mãe conseguiu ser, inclusivamente, observada entre as 33 e as 66 horas de vida no quadro de uma série de estudos experimentais em que os recém-nascidos tinham de sugar, selectivamente, a diferentes ritmos uma chupeta para poderem continuar a ouvir a voz materna (Fifer, 1995).

O modo como as capacidades visuo-auditivas do bebé estão funcionalmente organizadas, desempenhará, assim, um papel importante na orientação social das respostas infantis, gerando tropismos que levam a criança a dirigir a atenção para os estímulos provenientes dos parceiros de interacção. Através desses canais de recepção da informação, o adulto poderá, então, actuar no sentido de estabelecer a comunicação e regular o comportamento da criança. A fim de se envolverem mais

intensamente, importa, todavia, que os prestadores de cuidados estejam convictos de que tais vias podem, efectivamente, operar como pontes efectivas de contacto.

Ora, os nossos resultados indicam que para a esmagadora maioria das mães, os seus bebés –com cerca de um mês de vida– são já definitivamente capazes de ver e ouvir. Embora em menor percentagem, um grande número de entrevistadas atribuiu, aos filhos aptidão para as reconhecerem visual e auditivamente. No que se refere aos argumentos apresentados para justificarem tais atribuições, as respostas parecem sugerir que as inquiridas recorrem a indicadores nos quais perpassa implicitamente a ideia de que se representam a si próprias como objectos privilegiados de investimento afectivo.

A convicção de que são reconhecidas e preferidas por parte dos seus bebés, será, para as mães, um factor importante no desenvolvimento e consolidação do processo da maternidade. Em reforço desta hipótese, os dados mostram que a atribuição aos bebés de capacidades sensória perceptivas de reconhecimento da figura materna está relacionada com os resultados do Inventário de Percepção Neonatal. De facto, aquelas mães cujas atribuições eram positivas correspondiam àquelas que possuíam percepções mais favoráveis dos seus filhos. Relativamente ao grau de incómodo as tendências revelaram sentido concordante. Ou seja, as respondentes que atribuíam aos bebés a aptidão para reconhecerem a sua voz ou para reconhecerem visualmente a sua face, eram aquelas que percebiam os seus filhos como menos incomodativos.

Broussard e Hartner (1971, 1976) salientam que a avaliação favorável dos bebés pode constituir um factor positivo na adaptação da mãe às tarefas da maternidade. De facto, a forma como a criança é avaliada nos primeiros tempos de vida, fornece-nos, potencialmente, indicações acerca do clima da relação. Segundo as observações de Broussard (1976), Um bebé considerado como pior do que a “média” corre maior risco de vir a desenvolver dificuldades emocionais, do que um outro considerado como superior à “média”. Efectivamente, empresta-se, na nossa cultura, grande importância à ideia de se ser melhor do que a “média”. Não surpreenderá, assim, que a qualidade das interacções materno-infantis esteja correlacionada com essa avaliação.

Quer as atribuições de capacidades sensório-perceptivas, quer os resultados do Inventário da Percepção Neonatal mostraram associações com os scores da escala das Atitudes e Sentimentos Maternos no primeiro mês. Em contrapartida, não se verificaram relações significativas com as memórias de infância das mães que eram avaliadas mediante a *Mother-Father-Peer Scale*.

Aparentemente, as condições de internamento teriam influenciado as atribuições e percepções das mães. Na verdade, nas circunstâncias em que o tempo de separação pós-parto não ultrapassou as seis horas, as representações maternas acerca dos filhos eram mais valorizadas.

Parece, pois, que qualquer separação entre mãe e filho nas primeiras horas de vida do bebé será menos favorável ao desenvolvimento da relação. A fim de se reforçarem os elos de ligação para com o filho, importará incrementar, inicialmente, as oportunidades de interacção diádica. Para Klaus e Kennell (1992) o tempo que se segue ao nascimento, corresponde a um período no qual a mãe se encontra particularmente predisposta a estabelecer elos afectivos com o seu bebé. Nessa perspectiva, os autores puderam constatar que o prolongamento dos contactos diádicos no período pós-parto, estava associado ao aumento da qualidade das interacções mãe-filho a curto e a longo prazo.

O aspecto mais interessante do presente trabalho, talvez resida no facto de que, ao terceiro mês, a teia de relações mantidas com os resultados da readministração da Escala das Atitudes e Sentimentos Maternos mostra configurações diferentes. As anteriores medidas das representações maternas acerca das competências sensório-perceptivas do bebé e dos inventários de Percepção Neonatal ou do Grau de Incómodo com a criança que inicialmente demonstraram associações significativas com aquelas Escalas deixaram de as demonstrar. Em contrapartida, as memórias das relações na infância que não revelaram ao primeiro mês qualquer relevância estatística, demonstraram possuir forte valor prognóstico relativamente à expressão das atitudes e sentimentos maternos no terceiro mês.

As mães que cerca de 60 dias antes, reconheciam ter sido mais bem aceites por parte das suas próprias mães, revelavam, agora, maiores níveis de satisfação com a criança e mais receio de a perder. Estas mesmas mães manifestaram também, menos sentimentos de sobrecarga e de depressão. Por outro lado, as

mães que indicaram ter sido mais encorajadas para a independência por ambas as figuras parentais registavam menos sentimentos de sobrecarga.

Da mesma forma, o apoio social adquiriu importância. Se por volta do primeiro mês, os resultados da Escala das Funções de Apoio não se relacionaram com qualquer variável, aos três meses as mães que mais manifestavam necessidades de suporte e de apoio, menos satisfeitas se sentiam com a criança, revelando, também, maior tendência depressiva e índices superiores de sobrecarga.

Parece haver, assim, uma certa descontinuidade relativamente aos processos de organização das atitudes e dos sentimentos maternos ao longo do tempo. Possivelmente, o mês inicial coincidirá com um período no qual os processos da maternidade se desenrolam ao nível do puramente natural e instintivo. Trata-se de uma fase de adaptação ainda muito estruturada por determinismos biológicos, pois só assim a criança pode ser criada em segurança (Kitzinger, 1978).

Marshall Klaus e John Kennell (1982) foram, talvez, os primeiros autores a estudar e a descrever a interacção mãe-bebé, conscientes da influência dos factores hormonais no comportamento materno e da importância do contacto entre os membros da díade para que se adaptem um ao outro. Mas conforme Kitzinger (1978) salienta, se uma parte da atitude maternal é instintiva, há outra dimensão que emerge em função da aprendizagem, pois mesmo as respostas instintivas necessitam de um enquadramento apropriado.

A aparente dicotomia entre instinto e aprendizagem é na realidade artificial, uma vez que todo o comportamento depende, simultaneamente, de factores orgânicos e ambientais. Esta aprendizagem tem lugar durante duas fases importantes. A primeira, verifica-se durante a infância e a juventude da própria mulher e desenvolve-se a partir da sua experiência com a mãe e com os outros. A segunda fase tem início na gravidez e no parto, prolongando-se durante o período das primeiras relações. Entende Kitzinger (op.cit.) que é neste período que os factores endócrinos e sociais se combinam para produzir o comportamento maternal. Contudo, a relação com o bebé reflectirá, progressivamente, a influência dos modelos interiorizados a partir de outras relações, entre as quais avultam as mantidas no passado com os próprios pais.

Os resultados do nosso estudo sugerem, assim, que a maternidade é, de facto, um processo singular e, simultaneamente, complexo que se organiza em função de uma multiplicidade de determinantes.

Considerações Finais

Actualmente, uma das tendências do estudo da interacção mãe-bebé focaliza os pólos de interesse nas dimensões subjectivas, não se limitando à análise das interacções efectivamente observáveis.

Atribui-se, presentemente, especial atenção aos aspectos relacionados com a maternidade salientando-se a importância de fenómenos como, por exemplo, o das próprias relações infantis da mãe enquanto filha. Paralelamente, tomou-se consciência das extraordinárias competências do recém-nascido, parceiro activo da relação desde os primeiros momentos de vida. Aventou-se que, logo após o parto, há um “período sensível”, essencial para o estabelecimento da ligação entre mãe/bebé, base da organização futura da vida mental da criança.

Sabemos que, quando um bebé é entregue à mãe e quando ela tem a liberdade de o conhecer à sua maneira, há uma sequência precisa de acontecimentos em cujo processo se manifesta um “desabrochar” emocional, umas vezes lenta e suavemente, outras num ímpeto apaixonado (Klaus & Kennell, 1970).

Assim, o período que se sucede imediatamente ao parto pode incluir alguns dos momentos mais importantes da vida do bebé e talvez da vida da mãe, uma vez que ambos estão literalmente a “entrar em contacto” um com o outro. Contudo, à medida que nos vamos preocupando cada vez mais com a qualidade da paternidade da nossa sociedade e com as negligências e maus-tratos infligidos aos bebés, incluindo a agressão psicológica, temos de dar mais atenção a esses momentos importantes em que a ligação afectiva entre a mãe e o bebé começa a despertar e em que os pais têm a oportunidade de estabelecer uma “sintonização” psicológica básica com a criança (Kitzinger, 1978).

Em geral a ideia que a mãe faz do seu bebé sofre, desde o primeiro momento, a influência de duas forças: (1) a reacção inicial da mãe ao temperamento do seu bebé, ao seu comportamento, e à sua aparência física; e o efeito das esperanças e medos que modelaram as suas preocupações ao longo da gravidez exprimindo de certa forma os padrões de expectativa social da cultura em que esta vive.

Ao mesmo tempo, conforme Osofsky (1993) sugere, ter um bebé fácil significa relacionar-se com uma criança que é percebida como sendo previsível e sociável, podendo aumentar o sentimento de eficácia e de competência materna, favorecendo, assim, as interacções no contexto da díade. Bebés que são percebidos como tendo um temperamento fácil, parecem possuir um conjunto

de competências de interacção que os tornam socialmente atractivos e apelativos (Werner, 1985).

Cada vez mais, se tem dado particular atenção ao mundo representacional da mãe, promovendo o estudo das imagens mentais e fantasias maternas na interacção que ela constrói acerca do seu bebé. De facto, este processo representacional determina muito do que acontece na interacção, pois a mãe atribui significados e interpreta o comportamento da criança a partir das percepções e fantasias que elaborou.

As representações maternas dependem de factores como a personalidade, o modo como se adapta à situação que está a vivenciar, a imagem que interiorizou da própria mãe, as expectativas que foi edificando durante a vida no contexto familiar e no meio social ao qual pertence. É no desenvolvimento e na articulação dessas representações que se inscreve a transição para a maternidade (Winnicott, 1958; Rubin, 1984; Montagner, 1988).

O nascimento de um bebé é um acontecimento especial do ciclo de vida, em que uma mulher se transforma em mãe, podendo este, ser considerado o início de um período de crise uma vez que, se trata de um processo irreversível pois modifica a identidade, os papéis e funções da mulher (Colman & Colman, 1994; Tobin, 1999). Esse momento, pode ser visto como um momento óptimo para o desenvolvimento pessoal, mas também, pode ser circunstância de grande vulnerabilidade.

Após o parto inicia-se a adaptação à maternidade que remete para aspectos como: satisfação pessoal, equilíbrio emocional, desempenho de novas tarefas, funcionamento familiar e alteração do estilo de vida. Esta adaptação à maternidade traduz-se na capacidade de cuidar e tratar da criança contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso. Os factores que poderemos apontar nesta fase são, não só o importante papel que as representações maternas assumem, mas também os factores ligados à própria mulher, ao bebé e às características do meio envolvente (Ball, 1994). Os aspectos associados à mulher mais relevantes são o decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional, e acontecimentos que antecederam a gravidez. Dos aspectos do bebé podemos realçar, o peso à nascença, a saúde física e o temperamento.

Ligados ao meio podemos destacar, o relacionamento conjugal, apoio e suporte social.

Podemos afirmar que o desenvolvimento e crescimento da criança não tem tanto a ver com as suas características biológicas e individuais mas com o sistema das inter-relações mantidas com a figura materna. Convém, por isso, chamar a atenção para alguns riscos inerentes a qualquer intervenção no período neonatal (pós-parto) e precauções a ter em conta. Não se deve pensar o bebé como assunto de especialistas. Estes não substituem a mãe no conhecimento íntimo que ela possui do seu bebé.

Cabe aos técnicos de diferentes áreas como a saúde e a educação, a responsabilidade de promover junto dos pais e/ou das famílias, atitudes parentais mais assertivas ajudando-os a encontrar as respostas mais adequadas a qualquer dificuldade surgida na relação ou interacção entre mãe-criança, de modo a que possam estabelecer comportamentos que possibilitem uma relação mais harmoniosa.

Justifica-se assim, continuar a proceder à realização desta investigação e de outras que permitam compreender o mundo representacional das mães, que tanto influencia e condiciona as relações com o bebé, por forma, a desenhar programas de intervenção que visem promover quer o comportamento parental quer o desenvolvimento dos seus filhos.

É preciso olhar a interacção mãe-bebé, compreendendo as suas trajectórias de desenvolvimento, nos desvios que eventualmente possam surgir, realçando as transformações comportamentais e estruturais que vão ocorrendo entre ambos.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. R. T. (1994). O Papel da Segurança Social na Intervenção Precoce. In Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce, 183-189 - A Família na Intervenção Precoce - Da Filosofia à Acção. Coimbra: Edições Edilibir Gráfica; Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.
- Affek, G. & Tennen, H. (1993). Cognitive adaptation to adversity: insights from parents of medically fragile infants. In A. P. Turnbull, J. M. Patterson, S. K.; Behr, D. L.; Murphy, J. G.; Marquis, & M. J. M; Blue-Banning (Eds.), Cognitive coping, families, and disability, 135-150. Baltimore: Brookes.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations dependency and attachment: a theoretical review of the mother-infant relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1972). L'attachement de L'enfant à sa mère. In *La Recherche en Éthologie - Les Comportements animaux et humains*, 101-117. Éditions du Seuil - La Recherche 1975.
- Almeida, I. C. (1989). O Programa Portage em Portugal - seu impacto no País. In IV Encontro Nacional de Educação Especial, 61-73 - Comunicações Textos de Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação; 1991.
- Almeida, I. C. (1997). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEACF*, 29-40, 13/14.
- Almeida, I. C. (2000a). Evolução das Teorias e Modelos de Intervenção Precoce - Caracterização de uma Prática de Qualidade. *Cadernos CEACF*, 29-46, 15/16.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação. *Psiquilibrios*. Braga.
- Almeida, L. (1993). Métodos de observação e investigação psicológica. Braga: Universidade do Minho.
- Almeida, I. C. (2000b). A Importância da Intervenção Precoce no actual contexto sócioeducativo. *Cadernos CEACF*, 55-74, 15/16.
- Alonso, C. P. (1991). O parto prematuro: factores de ajustamento materno. Monografia na área de Psicologia Clínica, não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa.
- Als, H., Lester, B. M., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1982). Toward a research instrument for the Assessment of Preterm Infant's Behaviour (APIB). In H. E. Fitzgerald (Ed.), *Theory and research in behavioural Pediatrics* (Vol. 1: pp. 35-63). New York: Plenum Press.
- Altman, I. C. & Rogoff, B. (1987). Worldview in Psychology: Trait, interactional, organismic and transactional perspectives. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology*. New York: Wiley.

- Altman, J. (1967). Postnatal growth and differentiation of the mammalian brain. In G. C. Quarten, T. Melnechuck, & F. O. Schmitt (Eds.). *The Neurosciences*. New York: Rockefeller University Press.
- Anastasiow, N. J. (1990). Implications of the neurobiological model for Early Intervention. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 196-216, USA: Edited by S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, USA: Cambridge University Press.
- Anderson, G. E., Burroughs, A. K., & Measel, C. P. (1983). Nonnutritive sucking opportunities: A safe and effective treatment for preterm neonates. In T. Field & A. Sostek (Eds.), *Infants born at risk: Physiological, perceptual, and cognitive process* (pp. 129-146). New York: Grune & Stratton.
- Andrade, M. G. (1994). Intervenção Precoce na Criança com Paralisia Cerebral. In *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*, (pp. 135-137) - A Família na Intervenção Precoce - Da Filosofia à Acção. Coimbra: Edilibir Gráfica, 1995.
- Ariés, P. (1988). *A criança e a vida familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio d' Água Editores.
- Ayoub, C. C. & Milner, J. S. (1985). Failure to thrive: Parental indicators, types and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 9, 491-499.
- Badinter, E. (1980). *O amor incerto. História do amor maternal do Séc. XVII ao Sc. XX*. Lisboa: Relógio d' Água Editores.
- Bagnato, S. & Neiswoth, J. (1991). *Assessment for early intervention - Best practices for professionals*. New York: The Guilford Press.
- Bailey, D. B. & McWilliam, R. A. (1990). Normalizing Early Intervention. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 10 (2): 33-47; A Pro-Ed. Publ.
- Bailey, D. B. & Simeonsson, R. J. (1988). Assessing the needs of families with handicapped infants. In *Special Education*. 22:117-127.
- Bailey, D. B. & Simeonsson, R. J. (1991). Evaluation programme impact: levels of certainty. In D. Mitchell; R. Brown (Eds.). *Early Intervention studies for young children with special needs*, 280-296. New York: Chapman and Hill.
- Bailey, D. B. & Simeonsson, R. J. (Eds.) (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Mervill Publishing Company.
- Bailey, D. B. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Bailey, D. B. (1987). Collaborative goal-setting with families: Resolving differences in values and priorities for services. *Topics in Early Childhood Special Education*, 7 (2), 59-71.

Bailey, D. B. (1993). *Preschool Inclusion: Issues and Perspectives*. In *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*, 97-134. - *A Família na Intervenção Precoce - Da Filosofia à Acção*. Coimbra: Edições Edilibir Gráfica, 1995.

Bailey, D. B. (1994). *Working with Families of Children with Special Needs*. In M. Wolery & J. S. Wilbers (Eds.), *Including Children with Special Needs in early Childhood Programs*, Washington: NAEYC.

Bailey, D. B. (1996). *Preparing Early Intervention Professionals for the 21st Century*. In M. Brambling, H. Rauch & A. Beelmann (Eds.), *Early childhood intervention: theory, evaluation, and practice*, 488-503. Berlin, New York: de Gruyter.

Bailey, D. B.; McWilliam, R.; Darkes, L. Hebbeler, K., Simeonsson, R.; Spiker, D. & Wagner, M. (1998). *Family outcomes in early intervention: a Framework for Program Evaluation and Efficacy Research*. In *Exceptional Children*, 313-328, Vol. 64. The Council for Exceptional Children.

Bailey, D. B.; Palsha, A. S. & Simeonsson, R. S. (1991). *Professionals Skills, Concerns and Perceived Importance of work with Families in Early Intervention*. In *Exceptional Children*, Vol. 58, 2:156-165.

Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa, Ministério da Educação.

Bairrão, J. & Alves, A. (1999). *Projecto de Intervenção Precoce de Matosinhos*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, U.P. (policopiado).

Bairrão, J. & Tietze (1994). *A Educação Pré-Escolar na União Europeia*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Bairrão, J. (1985). *Introdução ao Estudo de um Modelo em Psicologia da Educação*. In *Intervenção Psicológica na Educação*, 55-68. Porto: Associação Portuguesa de Licenciados em Psicologia.

Bairrão, J. (1987). *Os Conceitos de Educação Especial*. In *Revista do Desenvolvimento da Criança*, Vol. VI, 1 e 2:5-8. Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental, 1968/87/88, Lisboa: Nova Série.

Bairrão, J. (1989). *Tendências Actuais da Psicologia Educacional*. In *Psicologia*, 5-9. Vol. VIII. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, Novos Rumos em Psicologia*, Lisboa.

Bairrão, J. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e psicologia da educação. O caso da educação e cuidados pré-escolares*. *Inovação*, 39-55.

Bairrão, J. (1992). *A perspectiva ecológica em psicologia da educação*. *Cadernos de consulta psicológica*. 8: 57-68.

Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O caso de Intervenção Precoce. *Inovação*, 7:37-48.

Bairrão, J. (1995). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. *Psicologia*, 7-30.

Bairrão, J. (2002). 1º Encontro de Intervenção Precoce. Conferência apresentada no 1º Encontro de Intervenção Precoce do Vale do Sousa e Baixo Tâmega. Lousada: 26 de Junho.

Bairrão, J. et al. (1990). Perfil Nacional dos Cuidados Prestados às Crianças com idade inferior a 6 anos de idade; Textos de Educação, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ball, J. B. (1994). *Reactions to Motherhood – the role of postnatal care*. Stanford: Midwives Press.

Ballone, G. J. (1999). Representação da realidade – In: *PsiquWeb Psiquiatria Geral*.

Barbaut, J. (1991). O nascimento através dos tempos e dos povos. (Ed. Original, 1990). Porto: Terramar.

Barnard, K. E. & Kelly, J. F. (1990). Assessment of parent child interaction. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 278-301. USA: Edited by Samuel J. Meisels & J. P. Shonkoff. Cambridge University Press.

Beckman, P. J. (1983). The relationship between behavioural characteristics of children and social interaction in an integrated setting. *Journal of the Division for Early Childhood*, 7, 69-77.

Beckman, P. J. (1996). The Service System and its Effects on Families: an Ecological Perspective. M. Brambling; H. Rauh; A. Beelman (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory Evaluation and Practice*. Berlin, New York: de Gruyter.

Becwith, L. (1990). Adaptive and Maladaptive Parenting - Implications for Intervention. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 53-77. USA: Edited by Samuel J. Meisels & J. P. Shonkoff. Cambridge University Press.

Bell, J. (1987). *Doing your Research Project - A Guide for first-time research in Education and Social Science*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.

Berheimer, L. et al. (1993). Clinical child assessment in a family context: a four-group typology of family experiences with young children with developmental delays. *Journal of early intervention*. Vol. 17, 3:253-269.

Berkeley, T. R. (1992). Development Domains: the Mother of all Interventions, or the Subterranean Blues. In *Topics in Early Childhood Special Education*; 11(4):13-21. A Pro-Ed. Publ.

Bernheimer, L. P., Gallimore, R. & Weisner, T. S. (1990). Ecocultural theory as a context for the Individual Family Service Plan. *Journal of Early Intervention*, 14, 219-233.

Bijou, S. W.; Petterson, R. F. et al. (1969). Methodology for experimental studies of young children in natural settings. *The psychological record*, 19:177-210.

Biscaia, J. (1995). Fantasia Materna e Realidade. *BROTERIA*, Vol. 140.

Boavida, J. E. (1994). Um Processo Transdisciplinar e Inter-Serviços. In *Actas do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce*, 13-24 - A Família na Intervenção Precoce - Da Filosofia a Acção. Coimbra: Edições Edilibr Gráfica; Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

Bouchard, J. M. (1991). Intervention Précoce: état de la Question. In *Handicaps et Inadaptations - Les Cahiers du CTNERHI*, 54:1-14.

Bower, F. G. (1995). *Birth to Five. Early Childhood Special Education*. New York: Delmar Publishers.

Bower, T. G. R.; Broughton, J. M. & Moore, M. R. (1970). Demonstration of intention in the reaching behavior of neonate humans. *Nature*, 228, 679-681.

Bowlby, J. (1973). *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda*. Vol. 1 - Apego. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Brambring, M. et al., (1996). Introduction. In *Preparing Early Intervention Professionals for the 21st Century*, M. Brambring; H. Rauh; A. Beelmann (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practice*. Berlin, New York: de Gruyter.

Brazelton, B. (1988). *O desenvolvimento do apego – Uma família em formação*.

Brazelton, B. (1992). *Tornar-se Família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, B. (1995). *Tornar-se Família com o Bebê XXI*; In *Bebê XXI*, 69-77 - Criança e Família na Viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1995.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce - os Pais, os Bebés e a Intervenção Precoce*. Lisboa: Edições Terramar.

Bretherton, I. & Waters, E. (1985). Growing points of attachment: Theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).

Bricker, D. & Veltman, M. (1990). Early Intervention Programs: childfocused approaches. In Handbook of Early Childhood Intervention, 373-399. USA: Edited by Samuel J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge University Press.

Bricker, D. (1986). Uma Análise de Programas de Intervenção Precoce: Questões a tratar e direcções futuras. In Special Education, Research and Trends, 28-57. Edited by Richard J. Morris; Burton Blatt; Pergamon General, Psicologia Séries, 1986.

Bricker, D.; Bailey, E. & Bruder, M. B. (1984). Efficacy of early intervention and the handicapped infant: A wise or wasted resource advances. In Developmental and Behavioural Pediatrics. Vol. 5.

Brickman, P., Rabinowitz, V.; Karuza, J.; Coates, D.; Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. American Psychologist, 37, 368-384.

Brinker, R. (1992). Family involvement in early intervention: Accepting the unchangeable, changing the changeable, and knowing the difference. Topics in Early Childhood Special Education, 12 (3):307-320.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The Ecology of Developmental Processes. W. Damon; R. M. Lerner (Eds.). Handbook of Child Psychology.

Bronfenbrenner, U. (1974). Is Early Intervention Effective? In Exceptional Infant. Vol.3, 449-475. New York: Edited by Friedlander, M. Graham, G. E. Kirk, Bruner Mazel, 1975.

Bronfenbrenner, U. (1977). Lewinian Space and Ecological Substance. Journal of Social Issues, Vol. 33, 4.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge: Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological Systems Theory. Annals of Child Development. Vol. 6. JAI Press Inc.

Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognition development: research models and fugitive findings. In R. H. Wozniak & R. W Fisher (Eds.) Development in context. Acting and thinking in specific environments. London: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.

Bronfenbrenner, U. (1995). Uma Família e um Mundo para o Bebê XXI: Sonho e Realidade. In Actas do Simpósio Bebê XXI, 115-126 - Criança e Família na Viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço da Educação, 1995.

Bronfenbrenner, U. (1998). The Ecology of Developmental Process. W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). Handbook of Child Psychology. Vol. 1. Theoretical Models of Human Development. New York. John Wiley and Sons, Inc.

- Brooks-Gun, J.; Berlin, L. J. & Fuligni, A. S. (2000). Early Intervention Programs: What About the Family? In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brotherson, M. J. & Goldestein, B. L. (1992). Time as a Resource and Constraint for Parents of Yong Children with Disabilities: Implication for Early Interventions Services. In Topics in Early Childhood Special Education, 12 (4):508-527. A Pro-Ed. Publ.
- Broussard, E. R. & Hartner, M. S. (1970). Maternal perception of the neonate as related to development. Child Psychiatric Development, 1, 16-25.
- Broussard, E. R. & Hartner, M. S. (1971). Further considerations regarding maternal perceptions of the first born. In J. Helmut (Ed.), Exceptional Infants: Studies in Abnormalities: Vol. 2 (pp. 432-449). New York: Brunner Mazel.
- Broussard, E. R. (1976). Assessment of maternal perceptions of infants. In: Erickson ML, ed. Assessment and management of developmental changes in children. 1st ed. St. Louis: CV Mosby Company, 72-83.
- Caims, C. & Butterfield, H. (1975). Assessing infants auditory functioning. In B. Friedlander (Ed.), Exceptional infant. New York: Brunner/Mazel.
- Caims, R. (1983). The emergence of developmental psychology. In W. Kessen (Ed.). Handbook of Child Psychology 41-103, Vol. IV. History, Theory and Methods.
- Campell, P. H. et al. (1992). Enhancing Parents Participation. In the Individualized Family Service Plan. In Topics in Early Childhood Special Education, 11 (4): 112-124; A Pro-Ed. Publ.
- Campos, B. P. (1990). Projecto Alcácer - Textos de Educação, V-X (prefácio). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Serviço de Educação, 1990.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. Análise Psicológica, 1 (XVIII): 15-35.
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carpenter, G. C. (1975). Mother's face and the newborn. In R. Lewin (Ed.), Child Alive, (pp. 128-159). London: Temple Smith.
- Casey, P. H., Bradley, R. & Wortham, B. (1984). Social and nonsocial home environments of infants with nonorganic failure to thrive. Pediatrics, 73, 348-353.
- Casto, G. & Mastropieri, M. G. (1986). The Efficacy of Early Intervention Programs: a Meta-Analysis. In Exceptional Children. Vol. 52, 5:417-424; 1986; The Council for Exceptional Children.

Château, P. (1995). Perinatal emotional adjustments and infant behaviour. *Infant Mental Health Journal*, 16 (1), 41-45.

Chatoor, I.; Dickson, S.; Schaeffer, S. & Egan, J. (1985). A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice* (pp. 235-258). New York: Plenum Press.

Chess, S. (1967). Temperament in the normal infant. In: Hellmuth J. (Ed.) *Exceptional infant*. New York: Brunner/Mazel, 145-62.

Cohen, L. & Manion, L. (1980). *Research Methods in Education*; Third Edition, London and New York: Routledge Chapman and Hall Inc., 1985.

Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Cole, J. (1995). Intervenção Precoce em Bebê Prematuro de Alto Risco. In *Bebé XXI, 237-249 - Criança e Família na Viragem do Século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1995.

Coll, C. G. & Magnuson, K. (2000). Cultural differences as sources of developmental vulnerabilities and resources. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Colman, L. L. & Colman, A. (1973). *La grossesse: Experience psychologique*. Paris: Robert Laffont.

Colman, L. L. & Colman, A. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri. (Ed. Original, 1991).

Cornwell, J. R. & Fiese, B. H. (1990). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology*, vol. 1: theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cornwell, J. R. & Korteland, C. (1997). The Family as a System and Context for Early Intervention. S. K. Thurman; J. R. Conwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Intervention - Systems and Settings*. EUA: Paul H. Brookes Publishing C^a, Inc.

Correia, L. M. & Gonçalves, C. F. (1994). O Programa Educativo Individualizado e a Intervenção Precoce. In *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 1:93-100.

Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1998). *O Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*; Porto: Porto Editora.

Courvoisier, A. (1983). Les élans spontanés du nouveau-né. *Science et Vie, Les premières années de la vie – Hors série*, n° 145, Décembre, 24-29.

Coutinho, M. T. B. P. (1990). Estudo do Impacto dos Programas de Intervenção Precoce. - Aspectos Conceptuais e Metodológicos. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica. (F. M. H. -17.5891/2); Lisboa.

Crais E. R. (1993). Families and Professionals as collaborators in assessment. Topics in Language Disorders, 14(1):29-40.

Crais, E. R. (1996). Applying Family-Centered Principles to Child Assessment. Practical Strategies for Family-Centered Intervention. Singular Publishing Group. Califórnia.

Cramer, B. (1987). Objective and Subjective Aspects of Parent-Infant Relations: an attempt at correlation between infant studies and clinical work. In J. Osofsky (Ed.), Handbook of Infant Development, 2ª ed., John Wiley, New York.

Cramer, B. (1995). As Relações Mãe - Filho - Prioridades para o Bebê XXI. In Bebê XXI, 27-32. Criança e Família na Viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1995.

Cunningham, C. & Davids, H. (1995). Working with Parents: Frame-Works for Collaboration. Open University Press, Children with Special Needs, Great Britain, Scotland.

Cunningham, C. (1983). Early Support and Intervention: the Hare Infant Program. In Parents, Professionals and Mentally Handicapped People, 91-110. Cambridge, Great Britain: Brookline Books.

DeCasper, A. & Fifer, W. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mother's voices. Science, 208, 1174-1176.

Despacho Conjunto 891/99 N.º 26/MSSS/95. Diário da República, II Série, n.º 244 de 19-10-99.

DeVries, M. W., & Sameroff, A. J. (1984). Culture and temperament: Influences on temperament in three East African Societies. American Journal of Orthopsychiatry, 54, 83-96.

Dewey, J. (1956). The Child and the Curriculum: the school and society. Chicago: University of Chicago Press.

Doise, W. & Palmonari, A. (1986). L'Etude des Représentations Sociales. Textes de Base en Psychologie, Paris Relachaux & Niestlé, Neuchâtel.

Dunn, J. C. (1982). Problems and promises in the study of affect and intention. In E. Tronick (Ed.), Social Interchange in Infancy. University Park Press, Baltimore.

Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. Analysis and intervention in Developmental Disabilities, (5):165-201.

- Dunst, C. J. (1996). Early intervention in the USA: Programs, models and practices. In M. Brambling, A. Beelmann & H. Rauh (eds.), *Early Childhood Intervention: Theory, evaluation and practices* (pp. 11-52). Berlin, New York: De Gruyter.
- Dunst, C. J. (1998). Apoiar e capacitar as famílias em Intervenção Precoce: o que aprendemos? In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Dunst, C. J.; Johnson, C.; Trivette, M. C. & Hamby, D. (1991). Family - oriented early intervention policies and practices. Family-centered or not? *Exceptional Children*, October/November, 115-125.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M. & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families; Principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M. & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families: Vol. 1. Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Cross, A. (1986). Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Davis, M.; Cornwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care*, 17 (2), 71-81.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Davis, M.; Cornwell, J. (1994). Characteristics of effective helpgiving practices. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (eds.), *Supporting and strengthening families: Vol. I, Methods, strategies and practices* (pp. 171-186). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M.; Jodry, W. (1996). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M. Guralnick (ed.), *Effectiveness of early intervention: Directions for second generation research*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- Emde, R. N. & Robinson, J. (2000). Guiding Principles for a Theory of Early Intervention: a Developmental-Psychoanalytic Perspective. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emde, R. N. (1995). A Experiência Relacional da Criança - Linhas de Força para o Desenvolvimento e Esperanças para o Futuro. In *Bebé XXI - Criança e Família na Viragem do Século*, 489-514. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1995.
- Engfer, A., & Gavranidou, M. (1986). Antecedents and consequences of maternal sensitivity. A longitudinal study. In H. Rauh & H. C. Steinhausen (Eds.), *Psychobiology and Early Development*. Amsterdam: North Holland.

Epstein, S. (1983). The mother-father-peer scale. Manuscrito não publicado, University of Massachusetts, Amherst.

Eurlyaid, (1992). Report of the European Working Party - Early Intervention for children with developmental disabilities. Commission of the European Communities.

Felgueiras, I. (1987). As Necessidades Especiais de crianças e adolescentes com alterações físicas e de comunicação - Relatório de um Curso. In Cadernos do COOPM, 9/10:33-35, 1987.

Felgueiras, I. (1994). As crianças com Necessidades Educativas Especiais: como as Educar? In Inovação, Vol. 7, 1:23-35, 1994. Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional; Lisboa.

Felgueiras, I. (1997). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades especiais de educação. Cadernos CEACF, 13/14:23-28.

Felgueiras, I. (2000). Perspectivas actuais sobre intervenção Precoce - Relato do Simpósio "Excellence in Early Childhood Intervention". Cadernos CEACF, 15/16:55-74.

Felgueiras, I.; Bairrão, J. & Pimentel, J. S. (1987). O atendimento precoce de crianças na DSOIP - Modelo Portage para Pais. In Cadernos DSOIP, 11/12:57-61.

Fernandes, A. J. (1992). Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos, Coleção Educação, 4, Porto: Porto Editora.

Ferreira, P. L. & Marques, F. B. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: Princípios metodológicos gerais. Universidade de Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia.

Field, J. C. (1991). Educators Perspectives on Assessment: Tensions, Contradictions and Dilemmas. In Canadian Journal of Education, 16-2:210-214; (1991).

Field, T. M. (1979). Interaction patterns of preterm and term infants. In T. M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg, & H. H. Schuman (Eds.), Infants born at risk: Behavior and development (pp. 333-356). New York: Medical and Scientific Books.

Field, T. M. (1980). Interactions of preterm and term infants with their lower and middle-class teenage and adult mothers. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A. M. Sostek (Eds.), High-risk infants and children: Adult and peer interactions (pp. 113-132). New York: Academic Press.

Fiese, B. H. & Sameroff, A. J. (2000). Transactional Regulation; the Developmental Ecology of Early Intervention. S. J. Meisels; J. P. Shonkoff (Eds.). Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

- Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Fisher, J. D.; Nadler, A. & Whitcher-Alagna, S. (1983). Four theoretical approaches for conceptualizing reactions to aid. In J. D. Fisher, A. Nadler & B. M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping: Vol. 1. Recipient reactions to aid* (pp. 51-84). New York: Academic Press.
- Fonseca, V. (1989). *Educação Especial: Programa de Estimulação Precoce*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1990). *Educação Precoce: Identificação e Intervenção*. In *Educação Especial e Reabilitação*, Vol. 1, 3:11-19, Junho; I.S.T./ F.M.H. de Lisboa, 1991.
- Formosinho, J. (1994). Parecer n.º 1/94 do Conselho Nacional de Educação sobre a Educação Pré-escolar em Portugal. *Diário da República - II Série*, N.º 135-14.06.1994; (14-28:5800).
- Frada, J. J. C. (1995). *Guia Prático para Elaboração e apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1980). Ghost in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired mother-infant relationships. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: The first year of life* (pp. 164-196). New York: Basic Books.
- Furstenberg, F. F.; Brooks-Gunn, J. & Morgan, S. P. (1987). *Adolescent mothers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gallagher, J. J.; McWilliam, A. R. & Harbin, L. G. (2000). Services for young Children With Disabilities and Their Families. S. J. Meisels; J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gallagher, R. J. (1990). The family as a focus for Intervention. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 540-559. USA: Edited by Samuel J. Meisels & J. P. Schonkoff, Cambridge University Press.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento.
- Garbarino J. & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. S. J. Meisels; J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gil, M. J. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3 (XVI): 393-404.

- Goldberg, S.; Branchfeld, S. & DiVitto, B. (1980). Feeding, fussing and playing parent-infant interaction in the first year as a function of prematurity and perinatal problems. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern & A. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions* (pp. 133-153). New York: Academic Press.
- Gomes-Pedro, J. C. (1982). *Influência no Comportamento do Recém-nascido do Contacto Precoce com a Mãe*. Lisboa.
- Gomes-Pedro, J. C. (1985). *A relação mãe-filho, influência do contacto precoce no comportamento da diáde*. Lisboa: Estudos Gerais, Série Universitária, Imprensa Nacional, Casa da Moeda.
- Gomes-Pedro, J. C. (1991). *Intervenção Precoce em Pediatria - Análise de alguns Efeitos num Contexto de Desenvolvimento Infantil e Familiar*. In *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22:43-52, 1991, Lisboa.
- Gomes-Pedro, J. C. (1993). *Crescimento e Desenvolvimento*. In *Revista do Desenvolvimento da Criança, S.P.P.E.C.D.M., Nova Série, Vol. VII, 1/2:9-16 - 1989 a 1992*, Lisboa.
- Gomes-Pedro, J. C. (1995). *Desenvolvimento, Identidade e Educação - Perspectiva para o Bebê XXI*. In *Bebê XXI Criança e Família na viragem do Século, 3-23 - Simpósio Internacional*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1995.
- Gomes-Pedro, J. C. et al. (1993). *Relação Precoce e desenvolvimento*. In *Revista do Desenvolvimento da Criança, SPECDM, Nova Série, Vol. VII, 1/2:17-20 - Lisboa*.
- Gomes-Pedro, J. C. et al. (1995). *Early Intervention with Portuguese Mothers: a 2 - Years Follow-Up*. In *Developmental and behavioural Pediatrics*, Vol. 16, 1:21-28, February 1995, USA: Williams & Williams.
- Goren, C. C.; Starty, M. & Wu, P. Y. K. (1975). *Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants*. *Pediatrics*, 56, 544-549.
- Graffar, M. (1956). *Une methode de classification sociale d'échantillons de la population*. In *Courrier*, Set. VI, 8:455-459.
- Greenspan, S. I. (1990). *Comprehensive Clinical approaches to infants and their families: Psychoynamic and Development Perspectives*. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 150-172. USA: Edited by Samuel J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge University Press.
- Guralnick, M. J. (1989). *Recent developments in early Interventing Efficacy Research: Implications for Family Involvement in P.L. 99-457*. In *Topics in Early Childhood Special Education*, Fall 1989; 11 (4):112-124; A Pro-Ed. Publ.
- Guralnick, M. J. (1990). *Major Accomplishments and Future Directions*. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 0 (2):1-17; A Pro-Ed. Publ.

Guralnick, M. J. (1991). The next decade of Research on the Effectiveness of Early Intervention. In *Exceptional Children*, Vol. 38 (2):104-112, Oct/Nov., 1991; CEC.

Guralnick, M. J. (1997). Second generation research in the field early intervention. In M. J. Guralnick (Ed), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of Early Intervention for Vulnerable Children: a developmental perspective; In *American Journal on Mental Retardation*, Vol. 102, 4:319-345.

Harbin, G. L.; McWilliam R. A. & Gallagher, J. J. (2000). Services for Young Children with Disabilities and Their Families. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hegarty, S. (1989). Past, Current and Future research on Integration: an NFER Perspective. In *Special Educational Needs*, 7-18 - Review Edited by Neville Jones, Vol. 1; 1989.

Jodelet, J. (1989). *Les Représentations Sociales*; Paris: PUF.

Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (2), 371-376.

Justo, J. (1994). A evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Justo, J. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 307-322.

Kennel, J. H. (1995). The best Start for a Less Stressful and Non-Violent Childhood. In *Prelecções - Simpósio Internacional*, 27-30 - Stress e Violência, Setembro de 95; Lisboa: Centro Cultural de Belém.

Kennel, J. H. (1995). Tomar-se Família - Ligações e Padrões de Mudança no Comportamento do Bebé e da Família. In *Bebé XXI - Criança e Família na Viragem do Século*, 35-53. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação.

Kennell, H.; Klaus, M. et col. (1977). A relação mãe recém-nascido : limites de adaptação. *J. Pediat.*, 91,1.

Kennell, J. H. & Klaus, M. H. (1993). *Pais/Bebé – A Formação do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kennell, J. H., Trause, M. A., & Klaus, M. H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In *Parent-infant interaction*, Ciba Foundation Symposium, 33, 87-102.

Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Lisboa: Medicina e Saúde.

Kitzinger, S. (1996). *Mães – um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença. Ed. Original, 1978.

Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: the C. V. Mosby Company.

Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1970). Mothers separated from their newborn infants. *Pediatrics Clinic North Am*, 17: 1015-37.

Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais-bebê, a formação do apêgo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klaus, M. H.; Jerauld, R.; Kreger, N. C.; Mcalpine, W.; Steffa, M.; Kennell, J. H. (1972). Maternal attachment importance of the first post partum days. *New England Journal of Medicine*, 286, 460-463.

Klaus, M. H.; Trause, M. A. & Kennell, J. H. (1975). Does human maternal behaviour after delivery show a characteristic pattern? In *Parent-infant interaction*, Ciba Foundation Symposium, 33, 69-86.

Klein, N. K. & Campbel, P. (1990). Preparing Personnel to Serve at Risk and Disabled Infants, Toddlers and Preschoolers. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 679-699; Edited by S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff, Cambridge: Cambridge University Press.

Klein, N. K. & Gilkerson (2000). Personal Preparation for early Intervention Programs. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Krauss, M. W. & Jacobs, F. (1990). Family Assessment Purposes and Techniques. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 303-325. USA: Edited by S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge University Press.

Leal, I. (1990). Nota de abertura. *Análise Psicológica*, 8 (2), 365-366.

Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: Alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (2), 229-234.

Leal, I. (1995). Nota de abertura. *Análise Psicológica*, 12 (1-2), 3-4.

Lebovici, S. & Guedeney A. (1999). *Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê*. Porto Alegre: Artmed Editora. Ed. Original, 1997.

Lebovici, S. (1987). *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lecanuet, J. P. (1996). Prenatal auditory experience. In I. Deliège & J. Sloboda Eds.), *Musical Beginnings; Origins and Development of Musical Competence*. Oxford: Oxford University Press.

Leitão, F. A. R. (1988). Intervenção Educativa Precoce: um Modelo. In IV Encontro Nacional de Educação Especial, 75-92. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991.

Leitão, F. A. R. (1989). A avaliação de programas de Intervenção Educativa Precoce. (I Parte). In Ed. Especial e Reabilitação, Vol. 1, 1:43-49, Revista da F.M.H. / U.T.L., Lisboa.

Leitão, F. A. R. (1994). Interação Mãe-Criança e Actividade Simbólica. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Lopes dos Santos, P. (1985). Modificação do comportamento materno em função no tempo de separação mãe-filho no período pós-parto. In Intervenção Psicológica na Educação, 253-260.

Lopes dos Santos, P. (1990). Papel dos Factores da Interação Mãe-Filho no Crescimento Somático do Recém-Nascido. Porto: F.P.C.E.U.P.

Lopes dos Santos, P. (2000). A perspectiva organizacional na abordagem do desenvolvimento humano: Um modelo de enquadramento metanarrativo das práticas transdisciplinares em intervenção precoce. (Policopiado). FPCE - U.P.

Lopes dos Santos, P., Silva & Sousa, (1995). A escala Mother-Father-Peer: Estudo de adaptação para Portugal.

Lopes dos Santos, P.; Santos, J. M. L. & Alves J. F. (1986). Representações maternas das capacidades sensorio-perceptivas dos recém-nascidos. In Revista de Psicologia e de Ciências da Educação, 1: 107-114.

Machado, M. & Salvaterra, F. (1989). Maternal Perceptions of Early Intervention Services: a Scale for Assessing Family - Focused Intervention. In TECSE - Spring 1990; 10. 1:1-15 - A Pro-Ed. Publication.

Mahler, M. S.; Pine, F. & Bergman, A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York.

Mahoney, G.; O'Sullivan, P. & Dennenbaum, J. (1990). Maternal Perceptions of Early Intervention Services: A Scale for Assessing Family-Focused Intervention. Topics in Early Childhood Special Education, 10 (1), 1-15.

Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused and abusing intergenerational cycle. Child Abuse and Neglect, 8, 203-217.

Marques, J. (1983). Das Estruturas Cognitivas às Representações Sociais. In Psicologia IV, 3 e 4:239-250; Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, Lisboa.

- Marshall P. C. & Shonkoff J. P. (2000). The Biology of Development Vulnerability. S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- McWilliam, P. J. & Bailey, D. B. (1994). Predictors of service-delivery models in center-based early intervention. *Exceptional children*. Vol. 61, 1:56-71.
- McWilliam, P. J. (1996a). Collaborative consultant across seven disciplines challenges and solutions. In R. A. McWilliam (Ed.). Rethinking pull-out services in early intervention. A professional resource. Baltimore: P. H. Brookes.
- McWilliam, P. J. (1996b). First encounters with families. In *Practical Strategies for Family-centered intervention*. California: Singular Publishing Group.
- McWilliam, P. J.; Winton, P. J. & Crais, E. R. (1996). *Practical strategies for family-centered interventions*. San Diego: Singular Publishing Group.
- McWilliam, R. A. & McWilliam, R. A. (1993). *Brass-Tacks - Evaluation Version*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- McWilliam, R. A. (1998). *Program Quality Evaluation*. Frank Porter Graham Child Development Center. University of North Carolina at Chapel Hill.
- McWilliam, R. A. (2000). Métodos Quantitativos de Investigação em Intervenção Precoce. In *Seminário do Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança*. Porto: FPCE-UP.
- McWilliam, R. A.; Tocci, L. & Harbin, G. L. (1998). Family-Centered Services; Services Providers Discourse and Behavior. In *Topics in Early Childhood Special Education*, 18: 4:206-221.
- Meisels, S. J. & Wasik, B. A. (1990). Who should Served? Identifying children in need of Early Intervention. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 605-632. Edited by S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en Thérapie*. Paris, Ed. Jean Pierre Delarge, (1991). *Calidoscopio Familiar, imágenes de violência e curación*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Mitchell, D. (1991). Designing and evaluation early intervention programmes. D. Mitchell; R. Brown (Eds.). *Early Intervention studies for young children with special needs*. New York: Chapman and Hall.
- Montagner, H. (1988). *L attachement, les débuts de la tendresse*. Paris : Editoins Odile Jacob.
- Montagner, H. (1993). *A Vinculação – A aurora da ternura. Epigénese e Desenvolvimento*. Instituto Piaget.

Mota, M. C. A. M. F. (2000). Subsídios para o Estudo das Práticas em Intervenção Precoce - das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família: Que Percursos? (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.

Odom, S. L. & Wolery M. (2003). A Unified Theory of Practice in Early Intervention/Early Childhood Special Education: Evidence-Based Practices. In *The Journal of Special Education*, 37, 164-173. Indiana University.

Odom, S. L. (1987). The Role of Theory in the Preparation of Professionals in Early Childhood Special Education. In *TECSE*, 3-11, 1987, Vol. 7, Part. 3, A Pro-Ed. Inc.

Odom, S. L. et al. (1988). Developmental Intervention for Infants with Handicaps: Purposes and Programs. In *the Journal of Special Education*, Vol- 22, 1:11-24, 1988.

Osofsky, J. D. & Thompson, M. D. (2000). Adaptive and Maladaptive Parenting: Perspective on Risk and Protective Factors. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Parker, S. J. & Zuckerman, B. S. (1990). Therapeutic Aspects of the Assessment Process. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 350-369. USA: Edited by S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge University Press.

Parmelee, A. H., & Sigman, M. (1984). Perinatal brain developmental and behavior. In J. J. Campos & M. M. Haith (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 2. Infancy and developmental psychobiology* (pp. 95-155). New York: Wiley.

Pasamanick, B. & Knobloch, H. (1961). Epidemiologic studies on the complications of pregnancy and the birth process. In G. Caplan (Ed.), *Orevention of mental disorders in children*. New York: Basic Books.

Pascalis, O.; Schonen, S.; Morton, J.;\ Deruelle, C. & Fabre-Grenet, M. (1995). Mother's face recognition in neonates: A replication and an extension. *Infant Behavior and Development*, 18, 79-85.

Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.

Piaget, J. (1936). *La Naissance de l'Intelligence chez l'Enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

Pimentel, J. S. (1997). Um bebé diferente - da individualidade da interacção à especificidade da intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. CIDINE, TIPARE, Aveiro: Indústrias Gráficas de Aveiro.

Pourtois, J. P. & et al. (1994). Educação Familiar e Parental. In Inovação, Vol. 7, 3:289-305, 1994. Lisboa: Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional.

Powell, D. R. (1988). Emerging directions in parent-child early intervention. D. R. Powell (Ed.). Annual Advances in Applied Developmental Psychology, 1-22. Vol. 3. Parent Education as Early Childhood Intervention. New Jersey: Ablex Publishing Co.

Powers, M. D. (1988). A systems approach to serving persons with severe development disabilities. M. D. Powers (Ed.). Expanding systems of service delivery for persons with development disabilities. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co., Inc.

Projecto Alcácer. (1990). Textos de Educação; Lisboa.- Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

Reiss, D. (1981). The family's construction of reality. Cambridge: Harvard University Press.

Reiss, D. (1989). The represented and practicing family: Contrasting visions of family continuity. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. New York: Basic Books.

Reiss, D.; Oliveri, M. E. & Curd, K. (1983). Family paradigm and adolescent social behavior. In H. D. Grotevant & C. R. Cooper (Eds.), Adolescent development in the family: New directions for child development, 22 (pp. 77-91). San Francisco: Jossey-Bass.

Relvas, A. P. (1996). O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Rogoff, B. & Morelli, G. (1989). Perspectives on children's development from cultural psychology. American Psychologist, 343-348, 44.

Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer.

Rutter, M. (2000). Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications. S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

Sá, E. (1997). A Maternidade e o Bebê. Fim de Século Edições.

Sá, E. (2001). Psicologia do Feto e do Bebê. Fim de Século Edições.

Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. F. D. Horowitz; M. Hetherington; S. ScarrSalapatek; G. Siegel (Eds.). Review of child development research. Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (1990). Transactional Regulation and Early Intervention. S. J. Meisels; J. P. Shonkoff (Eds.). In *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Sameroff, A. J.; Seifer, R. & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (7, Serial No. 199).

Sameroff, A. J.; Seifer, R.; Barocas, B.; Zax, M. & Greenspan, S. (1987). IQ scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.

Schonen, S., Mancini, J., & Liegeois, F. (1998). About functional cortical specialization: The development of face recognition. In F. Simion & G. Butterworth (Eds.), *The Development of Sensory, Motor and Cognitive Capacities in Early Infancy: From Perception to Cognition* (pp. 103-120). Sussex: Psychology Press.

Serrano, P. (1996). *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Relógio D' Água Editores.

Shearer, D. E. (1993). The Portage Project: an International Home Approach to Early Intervention of Young Children and Their Families. J. L. Roopnarine & J. E. Johnson (Eds.). *Approaches to Early Childhood Education*. EUA: Prentice-Hall, Inc.

Sherer, M. & Sherer, D. (1972). The Portage Project: a model for Early Childhood Education. *Exceptional Children*, 36:210-217.

Shonkoff, J. P. & Marshall, P. C. (1990). Biological bases of developmental disfunction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P. & Marshall, P. C. (2000). The biology of developmental vulnerability. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (1990). Early Childhood Intervention: the Evolution of a Concept. In *Handbook of Early Childhood Intervention*, 3-31. USA: Edited by S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (2000). Early Childhood Intervention: a continuing Evolution. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Simeonsson, R. J. & Bailey, D. B. (1988). Essential elements of the assessment process. In Wachs, T. & Sheehan, R. (Eds), *Assessment of developmentally disabled of young children*. New York, Inc: Plenum Press.

Simeonsson, R. J. & Bailey, D. B. (1990). Family Dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 428-444. Cambridge: Cambridge University Press.

Simeonsson, R. J. (1994). Toward an epidemiology of developmental, educational, and social problems of childhood. In R. J. Simeonsson (Ed). *Risk, resilience & prevention. Promoting the well-being all children*. Baltimore: P. H. Brookes.

Simeonsson, R. J. (1996). Family Expectations, Encounters and Needs. M. Brambring; H. Rauh; A. Beelmann (Eds.). *Early Childhood Intervention: theory, evaluation and practice*, 196-207. Berlin, New York: de Gruyter.

Simeonsson, R. J. (1998). Seminário. Temas abordados: Course I - "Exceptional Child Development"; Course II - Elements of the Intervention Cycle: Assessment Intervention planning, monitoring and evaluation. In *Disciplina de Questões Aprofundadas de Intervenção Precoce*. Mestrado em Intervenção Precoce. FPCEP-UP, 19/22 Maio.

Simeonsson, R. J. (2000). Temas de desenvolvimento atípico da criança. Classificação, diagnóstico e intervenção precoce. In *Disciplina de Questões Aprofundadas de Intervenção Precoce*, Seminário do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança - Intervenção Precoce. Porto: FPCE-UP.

Slater, A. & Johnson, S. P. (1998). Visual sensory and perceptual abilities of the newborn: Beyond the blooming, buzzing confusion. In F. Simion & G. Butterworth (Eds), *The Development of Sensory, Motor and Cognitive Capacities in Early Infancy: From Perception to Cognition* (pp. 121-141). Sussex: Psychology Press.

Soares, I. M. C. (1992). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência, 15-25, 59-74 e 112-129. Porto: F. P.C. E. U.

Soczka, L. (1989). *A perspectiva ecológica em Psicologia*. Lisboa: LNEC.

Soczka, L. (2000). Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em Psicologia Social. In Vala, J.; Monteiro, M. B. (Coords.) *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas. Ed. Original, 1977.

Spitz, R. A. (1965). *The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York: International Universities Press.

Stern, D. & Stern, N. (2000). *O Nascimento de uma mãe – como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar. Ed. Original, 1998.

Stern, D. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press.

Stern, D. (1980). *Bebé-Mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Moraes.

Stern, D. (1989). The representation of relational patterns: Developmental considerations. In A. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 52-69). New York: Basic.

Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebé. Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.

Thurman, S. K. (1993). Some Perspectives on the Continuing Challenges in Early Intervention. In W. Brown, S. K. Thurman & L. P. Pearl (Eds.), *Family-Centered early Intervention with infants and Toddlers - Innovative Cross - Disciplinary approaches*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Thurman, S. K. (1997). Systems, ecologies and the context of early intervention. S. K. Thurman; J. R. Conrwell; S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention - Systems and Setting*. EUA. Paul H. Brookes Publishing C°, Inc.

Thurman, S. K.; Cornwell, J. R. & Gottwald, S. R. (1997). *Contexts of early intervention. Systems and settings*. Baltimore: P. H. Brooks.

Tobin, P. Z. (1999). *Motherhood Optional a psychological journey*. London: Jason Aronson.

Trivette, C. (1998). Comunicação subordinada ao tema "Trabalho com famílias em Intervenção Precoce". Encontro: "Um dia com... a Família e a Intervenção Precoce". Braga: Universidade do Minho, 9 Novembro.

Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (1990). *Families, professionals and exceptionality: a special partnership*. (2ª ed.). Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

Turnbull, H. R.; Tumbiville, V. & Turnbull, A. P. (2000). Evolution of Family - Professional Partnerships: Collective Empowerment as the Model for the Early Twenty - first Century. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Veiga, M. E. (1995). *Intervenção Precoce e Avaliação: Estudo Introdutório*. Porto: O Fio de Ariana.

Von Bertalanffy, I. (1968). *General systems theory*. New York: George Brazilles.

Von Bertalanffy, I. (1998). *General system theory. Foundations, development, applications*. New York: Georges Brasilles.

Vurpillot, E. (1983). Comment voient les nouveau-nés, *Science et Vie*, Les premières années de la vie – Hors série, n° 145, Décembre, 4-11.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner, E. E. (1985). Studies and protective factors in children's lives, In AR Nichol (Ed.), *Longitudinal Studies in child psychology and psychiatry* pp. 335-355). New York: John Wiley and Sons.

Werner, E. E. (2000). Protective Factors and Individual Resilience. In S. J. Meisels &

Werner, E. E.; Bierman, J. M. & French, F. E. (1971). *The children of Kauai*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Winnicott, D. W. (1958/1969). La première année de la vie. In D. Winnicott (Ed.), *De la Pédiatrie à la Psychanalyse* (pp. 191-204). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Winnicott, D. W. (1987). *The Child, the Family, and the Outside World*. Addison-Wesley, Reading, Mass.

Winton, P. (1996). *Understanding family concerns, priorities and resources. Practical strategies for family-centered intervention*. California: Singular Publishing Group.

Winton, P. (1998). Seminário. Temas abordados: "Trabalhando com Famílias de Crianças em Intervenção Precoce". Disciplina de Questões Aprofundadas de Intervenção Precoce. Mestrado em Intervenção Precoce. FPCEP-UP, 6/9 Julho.

Wolery, M. (2000). Behavioural and Educational Approaches to Early Intervention. S. J. Meisels; J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wozniak, R. H. & Fisher, K. W. (1993). Developmental in context: An Introduction. In R. H. Wozniak & K. W. Fisher (Eds.). *Developmental in context. Acting and thinking in specific environments*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Zeitlin, S. J.; Kotkin, A. J. & Baker, H. C. (1982). *A Celebration of American family folklore*. New York: Pantheon Books.

Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or the motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality*, 47, 245-187.

Anexos

ANEXO 1

Roteiro da Entrevista Utilizada no 1º Mês

Declaração de Consentimento

Designação do Estudo: “Estudo das Representações maternas acerca das características do bebé no primeiro e terceiro mês de vida pós-parto”.

Eu, abaixo assinado, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que de acordo com a informação e explicação que me foram prestadas estou a par dos objectivos, métodos e benefícios previstos com a realização deste estudo.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo a todas as questões propostas.

Funchal, _____ de _____ de 200 _____

Assinatura _____

Pela investigadora responsável

Questionário

Nº ID do Inquirido

Data:

1 – Dados Pessoais

1.1- Idade: anos

1.2 - Estado Civil:

- ☐ Solteira
- ☐ Casada/União de facto
- ☐ Divorciada /Separada
- ☐ Viúva

1.3 - Profissão: _____

1.4 – Escolaridade:

	Mãe	Pai
Analfabeta(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ª - 4ª Classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º - 6º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º - 9º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10º - 12º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curso Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado/Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 – Profissão do Pai da criança _____

1.6 – Principal fonte de rendimento do agregado familiar?

- ☐ Trabalho
- ☐ Subsídio temporário de desemprego
- ☐ Subsídio temporário de doença
- ☐ Pensão
- ☐ Apoio da Segurança Social
- ☐ Rendimento mínimo garantido
- ☐ Outros rendimentos

Qual(ais)? _____

1.7 – Número de elementos do agregado familiar? ☐☐

1.8 – Número de filhos? ☐☐

2 – Dados referentes ao recém-nascido

2.1 – Nome do bebé _____

2.2 – Data de nascimento: □□/□□/□□□□

2.3 – Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2.4 – Peso à nascença: □,□□□Kg

2.5 – Comprimento à nascença: □□,□cm

2.6 – Tempo de gestação: □□ semanas

2.7 – Apgar 1º min. □□ 5º min. □□ (Se não estiver no Boletim de Saúde perguntar à mãe se o bebé começou logo a chorar.)

2.8 – Situação às (6h; 12h; 24h; 48h) de Vida:

☐ Rooming-in

☐ Cuidados Intermédios

☐ Cuidados Intensivos

☐ Outras situações. Qual(ais)? _____

3 – Dados relativos à gravidez

3.1 – Número de gravidezes anteriores □□

3.2 – Teve algum problema durante a gravidez?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, qual? _____

3.3 – Gravidez planeada?

☐ Não

☐ Sim

3.4 – Quanto tempo tinha quando teve a confirmação da gravidez?

semanas

3.5 - Tinha preferência pelo sexo do bebé?

☐ Não

☐ Sim

4 - História Médica

4.1 – Gravidez seguida?

☐ Não

☐ Sim

Se sim, com que regularidade?

☐ Semanalmente

☐ Quinzenalmente

☐ Mensalmente

☐ Outra. Qual? _____

5 – História Emocional

5.1 – Teve alguma experiência com outros bebês?

☐ Não

☐ Sim

Se sim:

☐ Muita

☐ Pouca

6 - Parto

6.1 – Tipo de parto?

☐ Normal

☐ Ventosa

☐ Forceps

☐ Cesariana de urgência

6.2 – Se não foi parto normal, qual a razão ? _____

7 - Conhecimento do bebé

7.1 – Quando é que sentiu pela primeira vez amor pelo seu filho?

7.2 – Quem acha que mais a está a apoiar? _____

7.3 - Acha que o seu bebê já ouve?

☐ Não

☐ Sim

☐ Reage a ruídos fortes

7.4 - Há quem diga que, ao fim de alguns dias, os bebês já reconhecem a voz da mãe. Outros dizem que não. A partir da sua experiência, acha que o seu filho já reconhece?

☐ Não

☐ Não tenho a certeza

☐ Sim. Porquê? _____

7.5 - Acha que o seu bebê já vê?

☐ Não

☐ Sim

☐ Só distingue a luz do escuro

7.6 - Há quem diga que os bebês ao fim de alguns dias já reconhecem a cara da mãe quando a vêem. Outros dizem que não. A partir da sua experiência, acha que o seu filho já reconhece?

☐ Não

☐ Não tenho a certeza

☐ Sim. Porquê? _____

7.7 – Como acha que o seu bebé se vai desenvolver:

☐ Como as outras crianças

☐ Com maior atraso, mas vai recuperar com a idade

☐ Ficar sempre mais atrasado

☐ Terá sempre problemas de saúde

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 2

Escala de Classificação Social de M. Graffar
(Adaptado por Victor da Fonseca, 2000)

Classificação Social Internacional

(Graffar, adaptado por Victor da Fonseca, 2000)

1. A PROFISSÃO

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias segundo a profissão exercida pelo pai servindo-nos da classificação britânica. No caso da mãe de família exercer uma profissão de nível mais elevado que a do pai será a primeira a que servirá de base para a classificação da família.

1º Grau – Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

2º Grau – Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos e técnicos.

3º Grau – Adjuntos técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras.

4º Grau – Motoristas, polícias, cozinheiros, dactilógrafos, etc.

5º Grau – Jornaleiros, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.

2. NÍVEL DE INSTRUÇÃO

As categorias estabelecidas são as seguintes:

1º Grau – Ensino Universitário ou equivalente;

2º Grau – Ensino médio ou técnico superior;

3º Grau – Ensino médio ou técnico inferior;

4º Grau – Ensino Primário completo;

5º Grau – Ensino Primário incompleto.

Exemplos de graus de instrução:

1º Grau – Catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados com títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério público, militares de alta patente.

2º Grau – Técnicos e peritos.

3º Grau – Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia.

4º Grau – Ensino primário completo.

5º Grau – Um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever, e/ou analfabetos.

3. FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

Para o seu estudo partir-se-á da principal fonte de rendimentos da família.

Adaptam-se as cinco categorias seguintes:

1º Grau – A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.

2º Grau – Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.

3º Grau – Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. São funcionários.

4º Grau – Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana jornal, horas ou tarefa.

5º Grau – Beneficiência pública ou privada é que sustenta o indivíduo ou família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Exemplos de rendimentos familiares

1º Grau – Pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes industriais ou grandes estabelecimentos comerciais.

2º Grau - Encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimento igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais. Profissões liberais com grandes vencimentos.

3º Grau – Encarregados de Estado, Governos civis ou Câmaras municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas. Profissões liberais de médio rendimento. Caixeiros viajantes.

4º Grau – Operários, empregados do comércio e escriturários.

5º Grau – Sem rendimentos.

4. CONFORTO DA HABITAÇÃO

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva. Estabelecem-se cinco categorias:

Grupo 1º - Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.

Grupo 2º - Categoria intermédia: casa ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, não são obstante, espaçosos e confortáveis.

Grupo 3º - Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho.

Grupo 4º - Categoria intermédia ao 3º e ao 5º grupo.

Grupo 5º - Alojamentos impróprios para uma vida decente, barracas ou andares privados de todo o conforto, de toda a ventilação ou iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

5. ASPECTOS DO BAIRRO ONDE HABITA

Grupo 1º - Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.

Grupo 2º - Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.

Grupo 3º - ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspecto geral menos confortável.

Grupo 4º - Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.

Nota: O importante deve ser o critério pessoal subjectivo. No caso em que haja uma notória diferença entre o bairro relativamente confortável e residência miserável, deve ser considerada esta última.

6. CLASSIFICAÇÃO SOCIAL

Aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obteremos a seguinte classificação:

Classe I – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9

Classe II – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13

Classe III – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17

Classe IV – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21

Classe V – Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

ANEXO 3

Inventário de Percepção Neonatal (Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Inventário de Percepção Neonatal I

(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Inquérito nº

Data: / /

1 – Identificação da mãe

Nome:

Nas páginas seguintes apresentamos-lhe uma série de questões sobre **o que pensa do bebé em geral e do que pensa do seu bebé**. Pedimos-lhe que indique para **cada uma** dessas questões em que medida ela descreve **o seu caso**.

Como deve responder

Em frente de cada questão poderá ver uma escala de resposta como esta:

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Existem cinco notas das quais escolherá uma para dizer até que ponto a questão descreve o que pensa da situação. O significado das diferentes notas é conforme segue:

Nada	Poucas Veze	Algumas Veze	Bastantes Veze	Muitas Veze
1	2	3	4	5

Relativamente a cada questão marcará (com uma cruz, com um risco, com um círculo), o número que entender **ser o mais adequado**.

Pedimos-lhe que não se esqueça de preencher **todas** as escalas de resposta.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Inventário de Percepção Neonatal I

(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

O bebê em geral

- 1 – Quanto é que os bebês em geral costumam chorar? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 2 – Os bebês em geral que dificuldades têm para comer? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 3 – Quanto é que os bebês em geral bolsam ou vomitam? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 4 – Os bebês em geral que dificuldades têm em dormir? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 5 – Os bebês em geral que dificuldades têm em regularizar os intestinos? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 6 – Os bebês em geral que dificuldades têm até chegarem a ter um padrão regular de sono e de alimentação? 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Inventário de Percepção Neonatal I

(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

O seu bebé

- 1 – Quanto é que o seu bebé chora? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 2 – Que dificuldades o seu bebé tem para comer? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 3 – Quanto é que o seu bebé bolsa ou vomita? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 4 – Que dificuldades o seu bebé tem para dormir? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 5 – Que dificuldades o seu bebé tem para regularizar os intestinos? 1 | 2 | 3 | 4 | 5
- 6 – Que dificuldades o seu bebé tem para chegar a um padrão regular de sono e de alimentação? 1 | 2 | 3 | 4 | 5

ANEXO 4

Inventário do Grau de Incômodo
(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Inventário do Grau de Incômodo
(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

Inquérito nº

Data:

1 – Identificação da mãe

Nome:

Na página seguinte apresentamos-lhe uma série de questões sobre **o que pensa do seu bebé**. Pedimos-lhe que indique para **cada uma** dessas questões em que medida ela descreve **o seu caso**.

Como deve responder

Em frente de cada questão poderá ver uma escala de resposta como esta:

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Existem cinco notas das quais escolherá uma para dizer até que ponto a questão descreve o que pensa da situação. O significado das diferentes notas é conforme segue:

Nada	Pouco	Assim Assim	Bastante	Muito
1	2	3	4	5

Relativamente a cada questão marcará (com uma cruz, com um risco, com um círculo), o número que entender **ser o mais adequado**.

Pedimos-lhe que não se esqueça de preencher **todas** as escalas de resposta.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Inventário do Grau de Incômodo

(Adaptação de Broussard e Hartner, 1971)

O seu bebé

1 – Relativamente ao choro quão incomodativo é o seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

2 - Relativamente ao bolsar ou vomitar quantos aborrecimentos

lhe tem trazido o seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

3 – Relativamente ao sono quantos aborrecimentos lhe tem

trazido o seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

4 - Relativamente à alimentação quantos aborrecimentos lhe

tem trazido o seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

5 – Relativamente à evacuação quantos aborrecimentos

lhe tem trazido o seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

6 - Qual a dificuldade de cuidar do seu bebé?

1 | 2 | 3 | 4 | 5

ANEXO 5

Escala Mother-Father-Peer (MFP)
(Adaptado por Lopes-dos-Santos, Silva & Sousa, 1995)

M. F. P. S.

Versão F

Nome _____

Idade _____ Estado Civil _____ Número de filhos _____

Nas páginas seguintes apresentamos-lhe uma série de afirmações dizendo respeito ao seu **relacionamento na infância** com diversas pessoas. Pedimos-lhe que indique para **cada uma** dessas afirmações em que medida ela descreve **o seu caso**.

Como deve responder

Em frente de cada afirmação poderá ver uma **escala de resposta** como esta:

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Como vê há **cinco** notas das quais escolherá uma para dizer até que ponto concorda que a afirmação descreve a sua situação. O significado das diferentes notas é conforme segue:

discordo totalmente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente
1	2	3	4	5

Relativamente a cada afirmação marcará (com uma cruz, com um risco, com um círculo etc.) o número que entender **ser o mais adequado**.

Pedimos-lhe que não se esqueça de preencher **TODAS** as escalas de resposta.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Quando eu era criança a minha MÃE (ou a pessoa que a substituí):

- | | |
|---|--------------------------|
| 1- Encorajava-me a tomar as minhas próprias decisões | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 2- Ajudava-me a aprender a ser independente | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 3- Achava que era ela quem devia resolver os meus problemas quando eu tinha algum desentendimento com professores ou com amigos | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 4- Protegia-me demasiado | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 5- Encorajava-me a fazer as coisas por mim própria | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 6- Esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 7- Não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 8- Por vezes, reprovava certas coisas que eu fazia mas nunca me deu a impressão de não gostar de mim tal como eu era | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 9- Tinha prazer em estar comigo | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 10- Era alguém a quem eu achava difícil agradar | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 11- Habitualmente, apoiava-me quando eu queria fazer coisas novas e interessantes | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 12- Preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 13- Muitas vezes, era áspera para comigo | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 14- Raramente se entretinha a fazer coisas comigo | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 15- Não gostava da minha companhia em casa | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 16- Frequentemente, fazia em vez de mim coisas que eu própria estava apta a fazer | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 17- Deixava-me tomar conta do meu próprio dinheiro | <u>1 2 3 4 5</u> |
| 18- Estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e do seu apoio | <u>1 2 3 4 5</u> |

19- Não queria que eu crescesse 1 | 2 | 3 | 4 | 5

20- Gostava que eu fizesse as coisas à minha maneira 1 | 2 | 3 | 4 | 5

21- Encorajava-me a expressar as minhas próprias ideias ou opiniões 1 | 2 | 3 | 4 | 5

22- Fazia-me sentir que eu era um fardo para ela 1 | 2 | 3 | 4 | 5

23- Dava-me a sentir que gostava de mim tal como eu era; não desejava fazer de mim uma pessoa diferente 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Quando eu era criança o meu PAI (ou a pessoa que o substituí):

24- Encorajava-me a tomar as minhas próprias decisões 1 | 2 | 3 | 4 | 5

25- Ajudava-me a aprender a ser independente 1 | 2 | 3 | 4 | 5

26- Achava que era ele quem devia resolver os meus problemas quando eu tinha algum desentendimento com professores ou com amigos 1 | 2 | 3 | 4 | 5

27- Protegia-me demasiado 1 | 2 | 3 | 4 | 5

28- Encorajava-me a fazer as coisas por mim própria 1 | 2 | 3 | 4 | 5

29- Esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste 1 | 2 | 3 | 4 | 5

30- Não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade 1 | 2 | 3 | 4 | 5

31- Por vezes, reprovava certas coisas que eu fazia mas nunca me deu a impressão de não gostar de mim tal como eu era 1 | 2 | 3 | 4 | 5

32- Tinha prazer em estar comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

33- Era alguém a quem eu achava difícil agradar 1 | 2 | 3 | 4 | 5

34- Habitualmente, apoiava-me quando eu queria fazer coisas novas e interessantes 1 | 2 | 3 | 4 | 5

35- Preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente 1 | 2 | 3 | 4 | 5

36- Muitas vezes, era áspero para comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

37- Raramente se entretinha a fazer coisas comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

38- Não gostava da minha companhia em casa 1 | 2 | 3 | 4 | 5

39- Frequentemente, fazia em vez de mim coisas que eu própria estava apta a fazer 1 | 2 | 3 | 4 | 5

40- Deixava-me tomar conta do meu próprio dinheiro 1 | 2 | 3 | 4 | 5

41- Estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e do seu apoio 1 | 2 | 3 | 4 | 5

42- Não queria que eu crescesse 1 | 2 | 3 | 4 | 5

43- Gostava que eu fizesse as coisas à minha maneira 1 | 2 | 3 | 4 | 5

44- Encorajava-me a expressar as minhas próprias ideias ou opiniões 1 | 2 | 3 | 4 | 5

45- Fazia-me sentir que eu era um fardo para ele 1 | 2 | 3 | 4 | 5

46- Dava-me a sentir que gostava de mim tal como eu era; não desejava fazer de mim uma pessoa diferente 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Quando eu era criança, as outras CRIANÇAS:

47- Gostavam de brincar comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

48- Estavam sempre a criticar-me 1 | 2 | 3 | 4 | 5

49- Repartiam muitas vezes as coisas comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

50- Achincalhavam-me e arreliavam-me muitas vezes 1 | 2 | 3 | 4 | 5

51- Eram habitualmente amistosas para comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

52- Punham-se normalmente do meu lado 1 | 2 | 3 | 4 | 5

53- Gostavam de andar comigo 1 | 2 | 3 | 4 | 5

54- Davam-me atenção quando eu procurava dizer alguma coisa

1 | 2 | 3 | 4 | 5

55- Eram injustas para comigo

1 | 2 | 3 | 4 | 5

56- Procuravam muitas vezes magoar-me nos meus sentimentos

1 | 2 | 3 | 4 | 5

ANEXO 6

Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos **(Adaptado de Codrenou, 1984)**

Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos

(Adaptada de Codrenou, 1984)

Inquérito nº

Data: / /

Nome:

	Discordo completamente	Discordo	Às vezes falso outras verdadeiro	Concordo	Concordo completamente
1. Com o meu filho não tenho um minuto de descanso.					
2. Desde o parto fiquei muito mais nervosa.					
3. Estou sempre com medo que possa acontecer alguma coisa com o meu filho.					
4. Desde que o meu filho nasceu, sinto-me interiormente muito tensa.					
5. Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento.					
6. Estou feliz porque já vi que o meu filho aprende coisas novas.					
7. Às vezes perco a calma mesmo com pequenas coisas.					
8. Nos últimos tempos choro mais vezes.					
9. Nunca pensei que a vida com o meu filho fosse tão cansativa.					
10. Sinto-me completamente só com os meus problemas.					
11. Ninguém se lembra que eu também preciso de apoio.					
12. Às vezes não suporto o meu filho.					
13. Muitas vezes de noite levanto-me só para ver se o meu filho está a respirar.					
14. Sinto-me exausta.					
15. Às vezes penso que posso perder o meu filho.					

	Discordo completamente	Discordo	Às vezes falso outras verdadeiro	Concordo	Concordo completamente
16. É um alívio quando o meu filho está a dormir.					
17. Às vezes nem consigo dormir de noite, só de pensar que pode acontecer alguma coisa com o meu filho.					
18. Desde que o meu filho nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer.					
19. Acho que o meu filho se sente bem comigo.					
20. Dá-me imenso prazer brincar com o meu filho.					

ANEXO 7

Escala das Funções de Apoio

(Adaptado de C. J. Dunst, C. M. Trivette e A. G. Deal, 1988)

Escala das Funções de Apoio

Nome..... Data.....

Vou indicar tipos de situação em que uma pessoa pode precisar da ajuda de outras pessoas. Para cada questão faça um círculo na resposta que melhor descreve as suas necessidades. Por favor responda a todas as questões.

Gostava de saber, no caso da Sr.^a/Sr., até que ponto sente necessidade de alguns desses tipos de ajuda.

Até que ponto sente necessidade de qualquer dos seguintes tipos de ajuda	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Alguém em quem possa confiar e com quem possa falar das coisas que a/o preocupam.					
2. Alguém que a/o ajude a tomar conta do(s) seu(s) filho(s).					
3. Alguém com quem possa falar sobre questões relacionadas com a educação do(s) seu(s) filho(s).					
4. Alguém que resolva certos problemas junto de Serviços ou/e pessoas, quando não o possa fazer.					
5. Alguém que a/o encoraje ou lhe dê força para seguir em frente quando as coisas lhe parecem difíceis.					
6. Alguém que lhe empreste dinheiro quando necessita.					
7. Alguém que a/o ajude nas lides domésticas.					
8. Alguém com quem possa conviver ou distrair-se.					
9. Alguém que cuide do(s) seu(s) filho(s), em caso de doença, ou quando a Sra./Sr. tem de sair.					
10. Alguém que a/o possa transportar ou ao(s) seu(s) filho(s) em caso de necessidade.					
11. Alguém que converse consigo quando necessita de conselhos.					
12. Alguém que a/o possa informar sobre serviços para o(s) seu(s) filho(s) ou para outros familiares.					

Fonte: Adaptado de C.J. Dunst, C.M. Trivette e A.G. Deal (1988). "Enabling and Empowering Families Principles and guidelines for practice" (p. 145 e 146).